



**УНИВЕРЗИТЕТ „ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ“ – ШТИП**  
**ФАКУЛТЕТ ЗА МЕДИЦИНСКИ НАУКИ**

**УЛОГАТА НА ПАТРОНАЖНАТА СЕСТРА ВО ПРЕВЕНЦИЈА И РАНА  
ДЕТЕКЦИЈА НА БОЛЕСТИТЕ КАЈ ДЕЦАТА ДО 12 МЕСЕЧНА  
ВОЗРАСТ**

Специјалистички труд

**Донка Костадинова**

Штип, 2019

## **Комисија за оценка и одбрана:**

<b>Претседател</b>	Проф. д-р Милка Здравковска Факултет за медицински науки, УГД – Штип
<b>Член</b>	Проф. д-р Елизабета Зисовска Факултет за медицински науки, УГД – Штип
<b>Ментор и член</b>	Проф. д-р Гордана Панова Факултет за медицински науки, УГД – Штип

## БЛАГОДАРНОСТ

Изразувам искрена благодарност до сите кои директно или индиректно помогнаа во создавањето и обликувањето на овој специјалистички труд.

На мојата менторка, **Проф. д-р Гордана Панова**, најискрено ѝ благодарам за укажаната доверба, поддршката, трпението, ентузијазмот и несебичноста во пренесувањето на нејзините енормни познавања од конкретната област. Ѓ благодарам и за сите конструктивни критики и дискусии кои претставуваат и поттик за моја понатамошна работа и анализа како и придонес во областа на патронажната дејност.

Голема благодарност упатувам до **Никола, Костанда и Благица Костадинови** за неизмерната поддршка, безрезервната помош и корисните совети кои значително ми помогнаа при изработката на трудот.

Искрена благодарност до **Никола Гешковски** за техничката поддршка, како и корисните конструктивни критики и стручни совети при конечното обликување на специјалистичкиот труд.

Воедно, голема благодарност упатувам и до мојата сестра **Надица Матевска – Гешковска** за искрената поддршка и професионална помош. Ѓ благодарам што е моја најголема инспирација секогаш да целам кон повеќе и професионално да се надградувам.

На крајот, сепак, најмногу му благодарам на мојот сопруг и најверен пријател **Александар** за љубовта, трпението, пожртвуваноста, поддршката и вербата која ја има во мене, како и на мојата прекрасна ќерка **Валерија** за најубавите насмевки и најтоплите прегратки кои ме мотивираат да бидам подобра верзија од себеси со секој нов ден.

---

# СОДРЖИНА

---

Резиме .....	
Abstract .....	
1 Вовед .....	1
2 Преглед на литература .....	4
2.1 Преглед на поливалентната патронажна дејност во Република Северна Македонија низ годините .....	4
2.2 Стратегија за безбедно мајчинство на Република Северна Македонија за период од 2010-2015 година.....	12
2.2.1 Антенатална грижа.....	16
2.2.2 Постнатална грижа.....	17
3 Цел на истражувањето .....	21
4 Методи на истражувачката работа.....	22
4.1 Податоци .....	22
4.2 Статистичка анализа .....	23
5 Резултати .....	24
5.1 Резултати од статистичката обработка на податоци од податоци за умрени доенчиња во РСМ за периодот 2013-2017 .....	24
5.2 Резултати од статистичката обработка на анкетните прашања .....	29
6 Дискусија .....	50
6.1 Статистички податоци за смртност на доенчињата .....	50
6.1.1 ЗНАЧЕЊЕТО НА РЕДОВНАТА ИМУНИЗАЦИЈА .....	55
6.1.2 ЗНАЧЕЊЕТО НА ДОЕЊЕТО.....	58
6.2 Статистички податоци од извршената анкета .....	61
7 Заклучок .....	67
8 Додаток .....	70
8.1 АНКЕТА: Улогата на патронажната сестра во постпородилниот период .....	70
9 Користена литература.....	75

---

## РЕЗИМЕ

---

### **Вовед**

Поливалентната патронажна служба е составен дел од примарната здравствена заштита чија што задача и цел е промовирање на здравјето и здравите животни навики, унапредување на истите, како и превенција од болести и заболувања. Во рамките на општеството, таа функционира како мост, односно врска меѓу здравствената служба и здравствените работници од една страна, и поединците и нивните семејства од друга. Таа е претставник на здравствената заштита, но истовремено треба да е и застапник на интересите на поединците при остварување на нивните права од областа на здравството. Воедно, статистички гледано, дури 60 проценти од вкупниот број на остварени посети во текот на годината се посетите на новороденчиња и доенчиња, односно тоа се посети преку кои се спроведува антенатална и постнатална здравствена заштита на мајките и децата.

### **Цел на трудот**

Истражувањето спроведено во рамките на овој специјалистички труд има за цел да направи подетален увид во причините за смртност кај доенчињата и децата до 12-месечна возраст, со што би се акцентирало точното место каде што патронажната сестра би имала најголем удел во смисла на превенција и рана детекција на болестите. Утврдувајќи го целосниот потенцијал на патронажната служба во овој контекст, се смета дека би се намалила смртноста на доенчињата и малите деца во иднина. Воедно, цел на трудот е и да се одреди моменталната состојба на патронажната служба во Република Северна Македонија, да се најдат и обележат нејзините слабости и мани, сè со цел да се разгледаат конкретните проблеми и да се изнајдат реални решенија.

## ***Материјали и методи***

Во првата фаза од експерименталниот дел беа анализирани податоци за умрени доенчиња на територијата на Република Северна Македонија за периодот од 2013 до 2017 година, со користени податоци од Државниот завод за статистика (ДЗС) за старост на доенчето и причина за настанатата смрт. Во горенаведениот период беа согледани 1287 смртни случаи за доенчиња, и тоа поради 20 различни причини за настанатата смрт. Во втората фаза беше подготвен анкетен прашалник со 23 прашања, поделени во неколку групи: демографски и општи податоци, прашања поврзани со доењето, прашања со оценки за квалитетот на патронажната служба и посетите од страна на патронажната сестра, прашања за имунизацијата на детето, како и последното, 23-то прашање кое е дескриптивно. Сите статистички податоци беа направени со користење на статистички софтвер SPSS 23.0 (IBM, Армонк, Њу Јорк, САД).

## ***Резултати***

При статистичка анализа на податоците за умрени доенчиња во РСМ за периодот 2013-2017 година, се дојде до статистички значајна разлика помеѓу бројот на смртни случаи во испитуваните години. Се утврди дека постои значајна поврзаност меѓу причината за смрт и староста на доенчето. Како најчеста причина за смртност кај новороденчињата од 0 до 6 дена старост, како и новороденчиња на возраст од 7 до 27 дена, се јавуваат Одредени состојби што настануваат во перинаталниот период; кај новороденчињата на возраст од 28 дена до 1 месец најчеста причина за смрт се Одредени инфективни и паразитски болести, додека кај малите деца од 2 до 11 месеци, најчеста причина за смртност се Конгенитални малформации, деформации и хромозомски ненормалности.

При статистичка обработка на анкетните прашања беше увидено дека истите биле пополнети од 1708 испитаници, од 23 општини во РСМ. Најголем процент биле на возраст од 30-34 години, со високо образование и од македонска националност. Беше одлучено да се направи стратификација на испитаниците во однос на квалитетот на патронажа кој беше проценет преку нивните одговорите на

прашањата 13-15 и 19. Со анализа се потврди дека постои статистички значајна разлика помеѓу одговорите во стратифицираните групи. Најголемиот дел од анкетираниите лица биле задоволни од посетите и комуникацијата со патронажната сестра, додека 323 воопшто не биле задоволни, а 482 испитаници биле делумно задоволни.

### **Дискусија**

Инфективните болести застапени како одредени инфективни заболувања, болести на респираторниот систем и пневмонија, се причина за смрт на вкупно 110 деца или 8,54% во испитуваниот период. Од сите случаи, само еден бил регистриран кај доенче помладо од 28 дена, што укажува на тоа дека голем дел од оваа популација инфекциите ги стекнуваат по напуштање на родилиштата, каде и делувањето на патронажната сестра е најголемо. Нејзината улога се согледува од аспект на промоција на правилна нега и хигиена, промоција на редовната имунизација и ексклузивното доење како дел од превенцијата на гореспоменатите болести.

Во однос на анкетниот прашалник, важно е да се напомене дека со поделбата на испитаничките во три групи, односно кластери, зависно од нивното задоволство од посетите и комуникацијата со патронажната сестра, се дојде до интересни податоци. Иако најголемиот дел биле задоволни од патронажната служба, сепак има статистички релевантен процент на испитаници кои се незадоволни од службата и/или воопшто не биле посетени од патронажна сестра. Незадоволството се должи на кратките или непостоечки посети од страна на патронажната сестра, нејзината незаинтересираност или нестручност, што индиректно води и кон намалена доверба на испитаничките кон медицинскиот персонал и кон имунизацијата која тие ја промовираат.

### **Заклучок**

Од анализата на статистичките податоци од Државниот статистички завод може да се заклучи дека патронажната сестра најмногу и најефективно може да делува при превенција и рана детекција на заболувањата од инфективен карактер.

Најголемо внимание треба да се посвети на проверка на домот на детето, односно на обезбедување на оптимални услови за растење и живот, како и исклучително високо ниво на хигиена, елементи кои имаат голем удел во одржувањето на здравјето на детето, особено на новороденчето. Важна е и едукацијата од страна на сестрата за препознавање на симптомите на најчестите инфективни болести и обучување на родителите за правилно делување и реагирање при појава на истите, сè со цел да се спречи влошување на состојбата. Патронажната сестра мора да го промовира ексклузивното доење поради тоа што, освен што истото е најдобрата можна храна за доенчето, мајчиното млеко докажано го намалува ризикот од инфективни болести како и други патолошки здравствени состојби. Во следните посети од страна на патронажната служба, кои моментално се отсутни, треба да се обрне и големо внимание на укажување на важноста на навремената вакцинација, односно имунизација на детето, која директно делува врз намалување на ризикот од заболување од одредени инфективни болести како најголем причинител за смртност на доенчињата и малите деца постари од 28 дена.

**Клучни зборови:** смртност, инфекција, доење, имунизација, патронажна служба.



---

## ABSTRACT

---

### **Introduction**

The health visitor's home visit is an integral part of primary health care whose task and purpose is to promote health and healthy lifestyles, as well as to prevent diseases. Within the society, it functions as a link between the health service and health workers on one side, and individuals and their families on the other. It is a representative of the health care, but it should also be a representative of the interests of the individuals in exercising their health rights. At the same time, statistically, as many as 60 percent of the total number of visits made during the year are visits to newborns and infants, that is, visits that provide antenatal and postnatal health care for mothers and children.

### ***Purpose of the paper***

The research conducted in this paper aims to provide a more detailed insight into the causes of infant and child mortality by the age of 12 months, thus emphasizing the precise part where the health visitor would have the greatest contribution in terms of prevention and early detection of diseases. Determining the full potential of the health visitor's home visit in this context is thought to reduce infant and toddler mortality in the future.

At the same time, the purpose of this paper is to determine the current state of the health visitor's service in the Republic of North Macedonia, to identify and highlight its weaknesses and shortcomings, in order to address specific problems and to find real solutions.

### ***Materials and methods***

In the first phase of the experimental part, infant mortality data were analyzed regarding the Republic of North Macedonia for the period 2013 to 2017, using data from

the State Statistical Office (SSO) on infant age and cause of death. In the above period, 1287 infant deaths were observed, due to 20 different causes of death.

In the second phase, a questionnaire with 23 questions was prepared, divided into several groups: demographic and general data, breastfeeding issues, quality of the health visitors and their home visits, child immunization questions, and the last 23rd question which is descriptive. All statistics were made using SPSS 23.0 statistical software (IBM, Armonc, New York, USA).

## **Results**

The results from the statistical analysis of infant mortality data in the Republic of North Macedonia for the period 2013-2017 revealed a statistically significant difference between the number of deaths in the years studied. There was a significant association between the cause of death and the infant's age. The most common cause of death in infants from 0 to 6 days of age, as well as infants aged 7 to 27 days, are Certain conditions that occur in the perinatal period; in infants aged 28 days to 1 month the most common cause of death are Certain infectious and parasitic diseases, whereas in young children from 2 to 11 months, the most common cause of death are Congenital malformations, malformations and chromosomal abnormalities. Statistical analysis of the survey questions revealed that they were completed by 1708 respondents from 23 municipalities in the Republic of North Macedonia. The highest percentage of them were from the age of 30-34, with higher education and Macedonian nationality. It was decided to stratify the respondents on the quality of the health visitor's home visits, which was assessed through their answers to questions 13-15 and 19. The analysis confirmed that there was a statistically significant difference between the responses in the stratified groups. Most of the respondents were satisfied with the visits and the communication with the health visitor, while 323 were not satisfied at all, and 482 respondents were partially satisfied.

## **Discussion**

Infectious diseases, such as certain infectious diseases, respiratory diseases and pneumonia, were the cause of death of 110 children or 8.54% in the study period. Of all the cases, only one was registered in infants younger than 28 days, indicating that a large proportion of this population develops infections after leaving the hospitals, and this is where the health visitor's role is the most evident. Their role is perceived in terms of promoting proper care and hygiene, promoting regular immunization and exclusive breastfeeding as part of the prevention of the above-mentioned diseases.

Regarding the survey questionnaire, it is important to note that by dividing the respondents into three groups, or clusters, depending on their satisfaction with the visits and communication with the health visitor, interesting data were obtained. Although most were satisfied with the health visitor's home visits, there is a statistically relevant percentage of respondents who were dissatisfied with the service and / or were not visited by the health visitor.

The dissatisfaction is due to the short or non-existent visits by the health visitor, his/hers indifference or lack of professionalism, which indirectly leads to a decrease in the respondents' trust in the medical staff and the immunization which they promote.

## **Conclusion**

From the analysis of the statistical data from the State Statistical Office, it can be concluded that the health visitor can act most effectively and efficiently in the prevention and early detection of the infectious diseases. Great attention should be paid to checking the home of the child, ie providing optimum conditions for growth and life, as well as extremely high level of hygiene, elements that have a great role in maintaining the health of the child, especially the newborn.

It is also important to educate the health visitor to recognize the symptoms of the most common infectious diseases and to train parents to act properly and respond to them in order to prevent the condition from worsening. The health visitor must promote exclusive breastfeeding because besides being the best food option possible for the

newborn, breast milk has been shown to reduce the risk of infectious diseases as well as other pathological health conditions.

In subsequent visits by the health visitor's home visits, which are currently absent, it is very important to point out the importance of timely vaccination or immunization of the child, which directly affects the reduction of the risk of disease from certain infectious diseases as the major cause of infant and toddler mortality over 28 days of age.

**Key words:** mortality, infection, breastfeeding, immunization, health visitor service.

---

# 1 ВОВЕД

---

Поливалентната патронажната служба е организирана на ниво на примарната здравствена заштита како дел од јавното здравство, и е во состав на одреден здравствен дом или медицински центар. Задачите на патронажната служба се однесуваат на промоција, унапредување и зачувување на здравјето како и превенција од заболувања, а се извршуваат преку планирани активности предвидени во превентивната програма за заштита на населението на Република Северна Македонија.

Поливалентната патронажна служба е единствена служба во примарната здравствена заштита која се занимава превентивно со прашањето на здравјето и неговото унапредување во најширока смисла. Една од нејзините цели е да го подготви поединецот, семејството или заедницата во целина за рационално користење на здравствената заштита, но и да едуцира кон поголемо и поефикасно прифаќање и користење на превентивните мерки. Современата здравствена заштита го третира човекот како дел на семејство и заедницата, на чие здравје, покрај биолошките, делуваат и бројни други фактори како социјални, културни, хигиенски и слично. Семејството мора да биде во средиштето на вниманието при планирање на севкупната здравствена заштита, бидејќи за семејството, како основна клетка на општеството, каде што луѓето минуваат најголем дел од своето време, примарно се поврзани и здравјето, но и болеста, од друга страна.

Поливалентната патронажна служба во наши услови претставува врска или мост меѓу здравствената служба и здравствените работници од една страна и поединците и нивните семејства од друга страна. Таа треба да биде претставник на здравствената служба во заедницата, но истовремено да биде и застапник на интересите на поединците и групите при остварување на нивните потреби и решавањето на нивните здравствени проблеми, како во здравствените организации така и во социјалните и други служби на општината.

Според статистичките податоци, најголем процент од вкупниот број на остварените посети во текот на годината (над 60 %) се посетите на новороденчиња и доенчиња, односно се посети преку кои се спроведува антенатална и постнатална здравствена заштита на мајките и децата, односно новороденчињата.

Патронажна посета на новороденче и леунка е превентивна посета која се врши со цел да обезбеди здравствена нега и мониторинг на новороденото и леунката во домашни услови и обучување на мајката за правилна нега, сопствена и на новороденото, како и обезбедување мерки за здравствена и социјална заштита. Во текот на посетата, пристапот кон секое семејство е индивидуален бидејќи индивидуалните карактеристики и потреби и на мајката и на детето се различни.

Активностите при извршување на патронажна посета кај новороденче и леунка се спроведуваат со следните интервенции и постапки:

- Објективен системски преглед на новороденото (боја на кожа, тургор, изглед на граден кош, абдомен, рефлекси и моторни реакции, состојба на очи, уста, папок, гениталии);
- Капење, нега на кожа, тоалета на папчето;
- Правилно облекување, практична демонстрација на облекување на новороденото дете;
- Промовирање на ексклузивното доење и практично поставување на дојка како и совладување на техниките за доење;
- Нега кај леунка (преглед на дојки, практично демонстрирање на одмолзување);
- Едукација на мајката за правилна грижа за новороденчето како и за хигиено-диететскиот режим во периодот на леунство;
- Увид во медицинската документација од Породилното одделение;

- Обезбедување контакт со други служби, здравствени и социјални, ако има потреба.

Оттука и излегува потребата детално да се разработи планот за активности и обврски на патронажните сестри, сè со цел да постигнеме максимално ефективно работење, односно, пред сè, намалување на морбидитетот и морталитетот на мајките и новороденчињата, но и да постигнеме уште подобри резултати во однос на ексклузивното доење на новороденчињата и подобра статистика во однос на имунизацијата на децата – елементи кои директно влијаат на детското здравје.

---

## 2 ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРА

---

### 2.1 ПРЕГЛЕД НА ПОЛИВАЛЕНТНАТА ПАТРОНАЖНА ДЕЈНОСТ ВО РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА НИЗ ГОДИНИТЕ

Во Република Северна Македонија патронажната служба за првпат била организирана во 1962 година како моновалентна и бивалентна, односно третираше здравствени проблеми и обезбедувала здравствена заштита само на одредени групи на корисници. Организирана како еден вид континуирана здравствена заштита во рамките на диспанзерите за мајки и деца како бивалентна, а моновалентна во диспанзерите за кожно-венерични заболувања, диспанзерот за ментално здравје и антитуберкулозниот диспанзер функционираше сè до 1989 година.

На меѓународната конференција на СЗО одржана во Виена, во 1988 година, донесена е Виенската декларација во која се дава поддршка на медицинските сестри во насока за постигнување на поставените цели на Европа, а се составен дел од програмата на СЗО „Здравје за сите“. Од ставовите во Декларацијата, патронажната сестра се дефинира како “Семејна сестра која го унапредува, промовира здравјето во заедницата со препораки за здрави животни навики, помага за зачувување на здравјето и превенира болести, обезбедува и спроведува здравствена нега кај болни лица, помага во целост на семејство со хронично болен член или лице со посебни потреби обезбедувајќи соодветна нега, идентификува и решава здравствено социјални ризици итн.“.

Една година подоцна, здравствените политики во нашата држава се усогласуваат со меѓународните препораки, по што патронажната служба се трансформира во поливалентна патронажна служба како интегрален дел на Здравствениот дом со проширување на полето на делување на целокупното население на една локална заедница. Задачи на поливалентната патронажна служба се промоција на здравје и превенција на болести.



За реализацијата на Стратегијата на СЗО „Здравје за сите до 2000 година“, голем придонес дала и поливалентната патронажна служба, оспособена за работа на промоција на здравјето во заедницата, која ќе дејствува и ќе им помага на луѓето да прифатат здрав начин на живот. Во современите услови, поливалентната патронажна служба добива своја целосна, не само општествено-економска, туку и стручно-медицинска оправданост, бидејќи преку оваа служба најуспешно може програмски да се спроведува и примарна и секундарна превенција на болестите, со цел зачувување и унапредување на здравјето на поединецот, семејството и заедницата во целина.

Поливалентната патронажна дејност според современите гледишта за организација на примарната здравствена заштита треба да претставува посебен работен и организационен дел во здравствените организации од типот на здравствен дом и медицински центар, со посебно едуцирани здравствени работници за поливалентна патронажна служба со виша или висока стручна подготовка.

Во 1990 година во Република Северна Македонија оваа служба сè уште го немала најдено своето вистинско место, а основна причина за тоа е што во нашата Република во тоа време недостасувале соодветни профили на кадри бидејќи не постоела насока, односно група при вишата медицинска школа за едукација на поливалентни патронажни сестри. Патронажната дејност главно се извршувала во недоволен обем преку диспанзерските служби за здравствена заштита на деца, училишни деца, жени и друго, и тоа од медицински сестри и акушерки со средна стручна подготовка кои вршеле моновалентна патронажна дејност. Моновалентната патронажна сестра која претежно куративно била ориентирана, работела по налог на лекар специјалист во диспанзерските дејности и на теренот главно била ангажирана со домашно лекување, а во сосема мала мерка во примарна и секундарна превенција, бидејќи овој профил на кадри биле специјализирани за одредена дисциплина и им недостасувало пошироко познавање за потребите и интересите на семејството, а особено околу методологијата на работа со луѓе. Според тоа, во овој период во Северна Македонија постои инсуфициентност во

нивното познавање на методологијата за здравствено-воспитната работа во семејството и заедницата бидејќи школувањето и стручното усовршување на поливалентни патронажни сестри барало посебно внимание и овозможување на пошироки познавања од областа на епидемиологијата, социјалната медицина, здравственото воспитание, социологијата и психологијата како и од други области кои се неопходни за успешна работа во заедницата.

Спроведувањето на патронажната дејност во овој период во Република Северна Македонија е регулирано врз основа на Законот за здравствена заштита (33). Меѓутоа, во организациона смисла сè уште не бил воспоставен принципот за задолжително организирање на поливалентната патронажна служба во секој здравствен дом. Според усвоените нормативи за кадри во оваа дејност, предвидена била по една патронажна сестра на секои 3000 - 5000 жители на градско, односно 2000 - 4000 жители на селско подрачје. Со следната Уредба (34) бил одреден минимумот на кадар во патронажната дејност во состав на здравствена станица, односно здравствен дом, а тоа е една патронажна сестра, меѓутоа не било прецизирано ни тип ни степен на стручна подготовка, на секои најмногу 5000 жители. Според тогашни доставени извештаи за кадровската обезбеденост на поливалентната служба во Република Северна Македонија (Состојба 31. XII 1988 година), вкупниот број на поливалентни патронажни сестри изнесувал 79, од кои во Скопје 60, Кавадарци 10, Битола 7 и Пробиштип 2 (35).

Во недостиг на обучени кадри, а со цел реорганизација на моновалентната во поливалентна патронажа во Скопје и за нејзино кадровско зајакнување, во првата половина од 1989 година од страна на Здравствениот дом Скопје, бил организиран курс со предавање на 28 различни теми за почетно оспособување на 50 новопримени медицински сестри за работа во областа на поливалентната патронажа.

Во фазата на диспанзеризација и основањето на бројни советувајшта, потребата за упатување на сестри во семејството станува императив, а моновалентната патронажа веќе не можела да одговори на нараснатите потреби, односно на меѓусебно поврзани проблеми и задачи. Комплексноста на задачите и

специфичноста на улогата на поливалентната патронажна сестра за работа во семејството и заедницата, условува за овие здравствени работници неопходна виша и висока стручна подготовка. Средно медицинско образование се прифаќало компромисно во преодниот период со неопходна доквалификација бидејќи програмите на средните медицински школи содржат релативно мал број часови од социјалната медицина, здравственото воспитание и специфичното образование што се стекнувало преку предметот – патронажна служба. Поливалентната сестра преку вишото образование стекнувала пошироки теоретски знаења и елементарно практично искуство кое требало и понатаму да се надолжува со постбазично усовршување за решавање на проблемите во конкретни животни ситуации.

Поливалентната патронажна сестра се очекувало да работи на свој микрореон, а за да ги запознае условите во кои луѓето живеат и нивните здравствени интереси и потреби, за да ја придобие нивната доверба и за да ја организира групата и заедницата потребно било и самата да живее во таа средина и тоа подолго време. Во општините, а особено во селските подрачја каде што не е оформена служба за домашно лекување и медицинска нега, патронажната сестра требала да преземе и дел од овие задачи. Покрај здравствено воспитната работа со членовите од семејството, таа ги користела и сите свои медицински знаења за решавање на најдената здравствена проблематика. За поекономична организација на поливалентната патронажна служба, неопходно било да се прошири содржината на нејзината работа со постојана активност преку тимовите на диспанзерските служби, посебно на вонградските, селски подрачја каде што патронажната сестра била единствениот здравствен работник кој е присутен во семејството.

Работата на сите поливалентни патронажни сестри ја планирала и координирала главна патронажна сестра на својата територија која претставува синапса меѓу службите на здравствениот дом и поливалентната патронажна служба. Таа ги прифаќала налозите од лекарите од различни служби, ги распоредувала на поливалентните патронажни сестри кои работеле на конкретниот микрореон, а воедно ги пренесувала и сигналите што патронажните сестри им ги

упатувале на лекарите и службениците во здравствениот дом преку посебни документациони обрасци.

Поливалентната патронажна сестра во функционална смисла, истовремено била член во примарната здравствена заштита и секојдневно ги извршувала своите задачи во претходен договор за активностите со лекарот од општа медицина кој го раководел тимот. На тој начин се остварувала потесна функционална поврзаност на поливалентната патронажна служба со диспанзерот за општа медицина. Во 1988 година, поливалентната патронажа во суштина била една нова, современа содржина во примарната здравствена заштита и како посебна служба сè уште не била доволно афирмирана на ниво на целата територија на Републиката, ниту пак била создадена јасна концепција за едукација на таков профил на здравствен работник чија исклучителна здравствено-воспитна улога и ден-денес е недоволно сфатена и тоа и од самите здравствени работници.

Во текот на 2008 година регистрирани се вкупно 60.959 прегледи на бремени жени, од кои 22.029 први посети и достигнат просек од 2,8 посети по бремена жена. Опфатот на бремени жени со антенатална заштита во Р. Северна Македонија изнесува 96 %, од кои 41,7 % се опфатени во првиот триместар од бременоста. Поливалентната патронажна служба има регистрирано вкупно 23.028 патронажни посети на бремени жени со просек од 1,7 посети по бремена жена. Стапката на живородени деца со стручна помош е над 99 %. Во однос на постпарталната заштита, Програмата во 2008 година предвидувала две патронажни посети во текот на леунството. Реално извршени посети се вкупно 57.322 патронажни посети на леунки и е достигнат просек од 2,9 посети по опфатена жена. Според регистрираните први патронажни посети на леунки, со оваа мерка се опфатени 85 % од леунките. Истата година се регистрирани вкупно 101.124 патронажни посети кај доенчиња од кои 50.787 се извршени во текот на новороденечкиот период и постигнат е просек од 4,4 посети по опфатено доенче. Во текот на првиот месец од животот на новороденото, ценето преку првите посети на новороденото (16.283), патронажната служба опфатила само 71,7 % од новородените и достигнала просек

од 3,1 посети по новородено. Постигнат е висок опфат со примоиимунизација (над 95 %) (38).

Во текот на 2009 година решено е да се зголеми бројот на патронажни посети и тоа кај доенчиња, во новороденечкиот период, а потоа и на возраст од 4, 7 и 12 месеци, како и две дополнителни патронажни посети на семејства со висок социјален и здравствен ризик и на семејства во ромски заедници. Остануваат примарните две посети кај леунки и новородени бебиња, а кај породени во домашни услови и леунки од социјално ранливи групи на семејства и ромски семејства решено е да се извршуваат и повеќе посети. Секоја бремена жена за време на бременоста и по породувањето треба да биде посетена вкупно седум пати од страна на патронажната сестра (30). Сепак, според одредени истражувања, резултатите покажале несоодветно функционирање на службата за поливалентна патронажа. Имено, 51 % од жените изјавиле дека воопшто не биле посетени од патронажна сестра при првата бременост, додека кај останатите 49 % од жените кои изјавиле дека биле посетени, просечниот број на посети по жена изнесувал 2,6 (29).

Новитет од 2010 година е што е извршена обука на патронажните сестри за советување за превенција од сексуално преносливи болести, инфекции и за семејно планирање. Воедно, како што предвидува превентивната програма на Министерството за здравство „Програма за активна заштита на мајки и деца“ (2010 година), останува препораката за патронажни посети кај доенчиња, во новороденечкиот период, а потоа и на возраст од 4, 7 и 12 месеци, како и две дополнителни патронажни посети на семејства со висок социјален и здравствен ризик и на семејства во ромски заедници. Исто така, во 2010 година изготвена е и првата Стратегија за сексуално и репродуктивно здравје (CP3), каде безбедното мајчинство е едно од стратешките подрачја, креирана е и усвоена првата Стратегија за безбедно мајчинство со акционен план, а ажурирани се и постоечките протоколи за неонатална заштита (38).

Во текот на 2011 година, новитет е тоа што за првпат се изготвува Упатство за работа при патронажна посета кај доенчиња и мали деца, потоа одржани се обуки за здравствените работници од превентивната и примарната здравствена заштита за советување за доење и грижа за новороденчето во неонаталниот период, одржани се регионални работилници за патронажната служба за доење и комплементарна исхрана и нега на новороденчето во неонаталниот период. Исто така, спроведени се обуки за патронажните сестри за грижа на жената во антенаталниот период (според Програмата за мајки и деца, 2011 год.), се изврши и изготвување на едукативни материјали за жените и прирачници за здравствените работници, повторно се воведе мајчината книшка за следење на бременоста, која ја пополнува матичниот гинеколог во пакет со Брошура за бремени жени, преку која бремените жени добиваат пишани информации за видот, обемот и динамиката на здравствените услуги во текот на бременоста, како и за практикување на здрави животни навики и справување со најчестите проблеми во текот на бременоста, за важноста на доењето и постнаталната грижа. Се воведува тироиден скрининг на сите новороденчиња. Во 2011 година извршени се вкупно 21.181 патронажна посета кај бремени жени или во просек по 1,7 посета по бремена жена (од планираните две посети по бремена жена според Програмата за активна здравствена заштита на мајки и деца – која Министерството за здравство ја носи секоја година). Со патронажни посети опфатени се 90 % од родилките и извршени се вкупно 55.381 посети кај леунки или во просек по 2,7 посети по леунка. Според статистички податоци, патронажната служба со патронажни посети опфатила 84 % од новородените со просек од 2,4 посети по новородено (38).

Во поливалентната патронажна служба во текот на 2012 година извршени се 58.325 патронажни посети кај леунки од кои први 20.966 и повторни 37.359. Со патронажни посети опфатени се 89 % од родилките, или во просек 2,8 посети по леунка (21).

Поливалентната патронажна служба во 2017 година ја сочинуваат медицински сестри и акушерки со средно, вишо и високо стручно образование. Секоја сестра има свој микрореон, територија на која ја врши својата дејност, која брои од 5000 - 6000 жители на подрачјето на јавната здравствена установа (32).

Според предлог стандардите и нормативите за работа на поливалентната патронажна служба (кои сè уште не се усвоени), поливалентната патронажна дејност ја вршат патронажни медицински сестри и акушерки со завршено најмалку средно стручно образование, а кои спроведуваат здравствена и акушерска нега самостојно или во тим. Според овие предлог стандарди за реализација на стандардните функции на поливалентната патронажна дејност, потребно е да се обезбеди:

- На градско и приградско подрачје – една поливалентна патронажна сестра на 1000 - 1500 семејства, односно на 3000 - 5000 жители;
- На селско подрачје – една поливалентна патронажна сестра на 800 - 1300 семејства, односно на 2000 - 4000 жители (26).

Во 2017 година бројот на вработени патронажни сестри во патронажните служби во Македонија изнесува 311, или една патронажна сестра на 1650 жени во репродуктивен период (*Поливалентна патронажна дејност при Здравствен дом Скопје*), односно 14 патронажни сестри на 1000 живородени или околу 70 живородени по патронажна сестра. Од севкупниот број на патронажни сестри, 31 % се акушерки, а останатите се медицински сестри.

Според друг податок добиен од Годишниот извештај на Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија, бројот на патронажни сестри во Републиката бил 356 во 2015 година, 353 во 2016 година и 356 во 2017 година.

Програмата ги опфаќа следниве услуги:

- Патронажни посети на жени во репродуктивниот период;
- Патронажни посети на бремени жени и леунки;
- Патронажни посети на новородени, доенчиња и предучилишни деца (37).

Патронажната служба е организирана во 36 регионални служби. Постои голема разлика на капацитетите на поливалентната патронажна дејност во однос на бројноста на кадарот според подрачните служби. Најлоша е состојбата во Скопје, Валандово и Пробиштип, каде што соодносот на жени во репродуктивниот период на една патронажна сестра е и до 5 пати повисок од оној во градовите кои се карактеризираат со најголем број на патронажни сестри (Берово, Македонски Брод, Демир Хисар и др.). Во околу десет подрачни служби во тимот за патронажна служба нема акушерки, во две служби тимот се состои само од акушерки, додека во останатите застапеноста на акушерки е различна (од 6 % до 70 % застапеност на акушерките) (28).

На 28 февруари 2019 година, во Прилеп, се одржа и првиот Симпозиум за патронажната дејност во Македонија, во организација на Унијата на Здруженијата на медицински сестри, техничари, акушерки и стоматолошки сестри (ЗМСТАС) „За нас“. На овој симпозиум беше формирано и првото Друштво на патронажни сестри.

## **2.2 СТРАТЕГИЈА ЗА БЕЗБЕДНО МАЈЧИНСТВО НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА ЗА ПЕРИОД ОД 2010-2015 ГОДИНА**

Оваа стратегија овозможува согледување на тековната состојба и дава стратешки насоки за подобрување на здравјето на мајките и доенчињата, во сите негови сегменти, од периодот на пре-концепција до постнаталната грижа во првата година од животот на доенчињата, како еден севкупен процес на обезбедување услови за безбедно мајчинство во Република Северна Македонија (36). Обезбедувањето највисок можен стандард на здравје е основно човеково право. Сите жени и новороденчиња, без разлика на нивниот општествено-економски статус, културолошка, верска, етничка, расна или друга ориентација и потекло, имаат право на здравствени услуги со највисок достиген стандард. Со цел да се обезбеди почитување на овие права, политиките, програмите и интервенциите мора да бидат засновани на принципот на родова еднаквост. Подобрувањето на услугите за мајки и доенчиња е од полза за целиот здравствен систем. Овие здравствени услуги се темел на јавното здравство, бидејќи здравствените услуги за



бремените жени се влезна порта за здравјето на целото семејство и заедницата како, на пример, превенција на одредени здравствени ризици (на пример, од сексуално преносливи инфекции), воспоставување на концептот на планирање на семејството, гарантирана имунизацијата на децата, и слично. Подобрувањето на здравствените услуги преку зајакнување на капацитетите (на пример, теренските услуги и капацитетите на клиниките и болниците), обезбедување неопходни лекови и кадар, постоење ефикасен систем на упатување на пациенти, превоз и комуникација, ќе ја обезбеди потребната грижа за мајките и бебињата, особено при компликации поврзани со бременост. Ваквите активности ќе бидат од полза и во другите сегменти на здравствениот систем. Оваа стратегија ги уважува потребите на сите граѓани на Република Северна Македонија, без оглед на нивната етничка или верска припадност и општествено-економски статус, при што особено се обрнува внимание на гарантирање на здравствените услуги за сиромашните и маргинализираните групи на население. Покрај целите насочени кон намалување на матерналната и перинатална смртност, оваа стратегија оди и чекор понатаму, стремејќи се да одговори и на потребите за подобрување на здравјето на мајките, новороденчињата и доенчињата во целина.

Република Северна Македонија бележи значително намалување на матерналната смртност (СЗО проекција на матернална смртност: 10/100.000 живородени деца, во 2006 пријавена матернална смртност: 4,43 на 100.000 живородени деца) и перинатална смртност (на 1000 породувања: 20,98 (1990), 15,82 (2000), 15,5 (2007)) во последните 20 години.

Меѓутоа, во однос на перинаталната смртност, Република Северна Македонија сè уште има највисока стапка во споредба со земјите од регионот, односно повеќе од два пати повисока стапка од европскиот просек (6,34 на 1000 породувања во 2007). Во исто време, позитивниот тренд на намалување на перинаталната смртност стагнира од 2000-тата година.

Перинаталната смртност е комплексен индикатор кој се поврзува со квалитетот на антенаталната грижа, перинаталната и постпатаалната грижа, кои се дел од трите нивоа на здравствена заштита (примарна, секундарна и терциерна).

Одредени општествени фактори како и тековните реформи во здравствениот сектор дополнително влијаат врз квалитетот на перинаталната грижа. Намалувањето на здравствените ризици на здравјето на мајката и доенчето бара мултидимензионален и мултисекторски пристап. Образование за сексуално и репродуктивно здравје (CP3), подигање на јавната свест, еднаков пристап и ефикасно обезбедување на висококвалитетни здравствени услуги засновани на докази, се само некои од активностите на ваквиот пристап.

Главните начела на оваа Стратегија за обезбедување висококвалитетни перинатални услуги се (7):

- Мултидисциплинарни и мултидимензионални услуги;
- Висококвалитетен и функционален систем за упатување, кој вклучува и ефикасна комуникација на сите нивоа;
- Холистички пристап, кој ќе биде повеќе од здравствена интервенција, т.е. ќе ги вклучува и превентивните услуги за унапредување на здравјето;
- Процедури засновани на докази;
- Намалување на непотребни и несоодветни интервенции (демедикализација);
- Употреба на соодветни технологии;
- Почитување на приватноста и достоинството на жените, како и доверливоста на здравствените информации;
- Вклучување на жената во донесувањето одлуки;
- Услуги кои се наменети за семејството;
- Културолошки прифатлив пристап и услуги (7).

Република Северна Македонија има добро развиена мрежа на здравствени установи во примарната здравствена заштита (превентивни здравствени услуги кои се бесплатни – финансирани преку превентивните програми на Министерството за здравство на Република Македонија, на пример, Програмата за здравствена заштита на мајки и деца), и патронажна служба чија задача меѓу другото е и обезбедување информации и услуги за руралното и маргинализираното население. Меѓутоа, предоминантно, биомедицинскиот пристап во здравствената заштита на мајките и новороденчињата, ги ограничува можностите за активности за

унапредување на здравјето и здравствена едукација, а тоа се должи, меѓу другото, и на постојниот систем на финансиски стимулации, кои фаворизираат обезбедување куративни услуги, наместо превентивни или услуги за унапредување на здравјето. Постојат строго наменски средства во рамките на Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија и стимулации за лекарите во примарната здравствена заштита (превентивни цели) за нивно вклучување во превентивните услуги, кои се претежно врзани за здравствена едукација меѓу средношколската популација во училиштата. Децентрализацијата на здравствената заштита е процес кој сè уште не е започнат, а средствата за одговор на здравствените потреби на населението на ниво на заедница се недоволни. Ова предизвикува нееднаков пристап до здравствени информации, при што урбаното население е во поповолна позиција од руралното. Матичните лекари и примарната здравствена заштита воопшто, треба повеќе да бидат вклучени во активностите за унапредување на здравјето, особено во руралните средини. Меѓутоа, комуникациските способности на здравствените работници се релативно ограничени, а интерсекторската комуникација и координација е многу слаба. Постојат голем број невладини организации кои имаат капацитет за работа на полето на репродуктивното и сексуалното здравје во локалните заедници, со што може да се премости јазот кој постои во однос на услугите за унапредување на здравјето во оваа сфера. На повеќе наврати преку медиумски кампањи е направен обид за промоција на сексуалното и репродуктивното здравје, но таквите активности немаат континуитет. Постојат национални програми за здравствена заштита на мајките и децата и за промоција на репродуктивното здравје кај жените (на пр., програми за рано откривање и лекување на рак на дојка и матка). Постои растечки тренд на финансиската поддршка на превентивните програми во последните 3 години (на пр., кампањите „Здравје за сите“). Неодамнешното воведување на предметот „Животни способности за подобрување на сексуалното и репродуктивното здравје на младите и адолесцентите“, во наставна програма на училиштата навистина ветува, но сепак, ваквата програма е сè уште нова и на своите почетоци. Во моментот, активностите за следење и евалуација се многу слаби за, меѓу останатото, да одговорат на прашањето дали активностите за

информирање и промоција стигнуваат до целната група за која се наменети и дали тие активности соодветствуваат со потребите на таквата група.

### 2.2.1 Антенатална грижа

Пристапот до услуги за антенатална грижа е без малку севкупен со 98 % до 99,2 % (1) од бремените жени кои добиле барем една услуга за антенатална грижа во текот на својата бременост. Меѓутоа, просечниот број од 2,8 посети во текот на бременоста е под национално усвоениот стандард (4 посети во текот на секоја бременост). И покрај ова, не сите жени имаат еднаков пристап кон услугите, при што постојат големи разлики во урбаните и руралните места, а особено кај социјално ранливите групи (на пр., ромско население и жени со низок степен на образование). Првиот контакт со антенаталната грижа кој бремените жени го оствариле во текот на првиот триместар од нивната бременост е релативно низок (41,7 %), а околу 10 % од бремените жени воопшто не користат услуги за антенатална грижа. Фондот за здравствено осигурување вовеле систем на стимулации за гинеколозите во примарната здравствена заштита за одреден број задолжителни антенатални прегледи, од кои првиот преглед во првиот триместар на бременоста. Но, во практика, овој систем не е лесно применлив, бидејќи не постои механизам за активна детекција на бремените жени во текот на првиот триместар од бременоста. Постои сеприсутно незнаење кај жените за здравите начини на однесување во текот на нивната бременост и за потребата од консултација и преглед со гинеколог во рана бременост, особено кај жените со понизок степен на образование. Непостоењето на национално усогласени стандарди за антенатална грижа ја ограничува можноста за следење на здравствениот статус на жените во текот на нивната бременост. Националните клинички упатства и протоколи за антенатална грижа кои се користат во моментот се застарени и истите треба да се ревидираат.

Во националниот здравствен систем постои обучен професионален кадар, но истиот не е соодветно распределен во однос на потребите на терен. Здравствените услуги и превенцијата се во ингеренции на здравствените работници, кои за себе сметаат дека се преоптоварени со водење медицинска

документација, здравствена евиденција и друга административна работа, што го ограничува нивното време за обезбедување превентивни услуги и услуги за промоција на здравјето. Системот на здравствена статистика и медицински информации не е целосно компјутеризиран, а големиот обем административни задачи бара значителни човечки ресурси, при што се ограничува можноста за користење на здравствените информации за потребите на планирање од страна на менаџерите на здравствените установи.

Планираната „мајчина книшка“ беше воведена во минатото, но не е во целосна употреба, а со нејзино водење може да се подобри системот на пренесување на информациите, при што потребните информации ќе патуваат со пациентот. Оваа книшка, исто така, може и на мајките да им обезбеди информации поврзани со нивната бременост (знаци на опасност, информации за исхраната и друго). Постоечкиот систем на патронажна служба претставува вистинска можност за зголемување на опфатот со вакви услуги на ниво на заедницата.

### 2.2.2 Постнатална грижа

Постнатална грижа за родилките не е толку формализирана. Ваквите услуги започнуваат во болниците и продолжуваат на ниво на примарна здравствена заштита, вклучувајќи ги матичните лекари и гинеколози, патронажната служба, педијатрите и други, по потреба. Патронажната служба има најголема улога во следењето на породените жени и новороденчињата. Од страна на патронажната служба, во текот на првиот месец од животот, се посетуваат повеќе од 70 % од сите новороденчиња, и тоа во просек по 3 посети по новороденче. Меѓутоа, патронажната служба има недостаток од средства, со што се ограничува нејзината функционалност. Постои тенденција на намалување на доењето, а вештачкото млеко (замена за мајчино млеко) агресивно се промовира од страна на производителите и дистрибутерските куќи. Соработката меѓу експертите и медиумите за соодветната исхрана на доенчињата и доењето е слаба. Можноста за проширување на Програмата „Болници - пријателки на бебињата“ и на постнаталната грижа за доенчињата, и тоа не само во породилиштата, е една од

опциите за подобрување на овие услуги. Вертикалните превентивни програми (здравствена заштита на мајки и деца, вакцинација, програма за систематски прегледи на деца во предучилишна и училишна возраст) и бесплатната здравствена заштита за деца до 14-годишна возраст (редовни здравствени прегледи (во 3, 6, 9-месечна и на 2 и 4-годишна возраст од животот) се грижат за доенчињата и малите деца по доенечкиот период. Долгиот период на породилно боледување за мајките во формалниот сектор, гарантираат мајчинска нега и добра грижа за новороденчето. Неформалниот сектор не е вклучен, невработените мајки немаат мотивација, а иницијативата за помош за трето и четврто дете е укината како неуставна. Услугите за скрининг за конгенитални аномалии, како и услугите за следење на високоризичните новороденчиња се ограничени и достапни се само во центрите за упатување (Скопје и Битола). Друг проблем кој исто така треба да се адресира е слабата здравствена едукација на населението и особено на социјално исклучените и маргинализирани групи, како и недоволната комуникација меѓу здравствените работници и корисниците на здравствени услуги.

Во текот на постнатална грижа, преминот од болничка во вон болничка грижа има клучна улога. Породилиштата започнуваат со постнатална грижа во текот на престојот на мајките во болница, при што мајките понатаму се упатуваат на амбулантско ниво. Главни актери во јавното здравство се матичните лекари (гинеколози и педијатри, но до одреден степен и матичниот лекар) кои обезбедуваат превентивни и куративни услуги. Патронажните служби исто така треба да играат посебна улога, особено кај млади семејства со прво дете.

Постнаталната грижа најчесто е најмалку достапна во семејствата од социјално исклучените и маргинализираните групи. За ваквите групи, патронажната сестра игра најважна улога, со цел намалување на морбидитетот во раното детство. Целна група на патронажните сестри треба да бидат маргинализираните групи, бидејќи на тој начин може да се обезбеди пристап за ова население до целиот пакет превентивни услуги кој го обезбедува Министерството за здравство, како што се: вакцинацијата, следење на невролошкиот и когнитивниот развој кај новородените, и сл.

Постнаталната грижа се обезбедува во породилиштата веднаш по породувањето на жената (на пр., воведување во ексклузивно доење, вакцинација, постнатална грижа за мајки, заедно со семејно планирање, итн.). Споделувањето на информации меѓу различните сегменти поврзани со безбедно мајчинство и меѓу различните нивоа на здравствени услуги, вклучувајќи ја и патронажната служба, помага во одржувањето на континуитетот на здравствената заштита.

Постнаталните услуги започнуваат во болницата каде се врши породувањето, а по исписот од болница, во ваквите услуги е вклучена целата мрежа на примарна здравствена заштита. Ваквите услуги претпоставуваат постоење на силна соработка меѓу здравствените работници на болничка и примарна здравствена заштита, заедно со системот на патронажната служба, превентивните тимови, матичните лекари и гинеколози, педијатрите, ортопедите и по потреба и други специјалисти. Оваа стратегија треба да го подигне нивото на свест кај сите релевантни учесници, со помош на обуки со цел да ги надгради капацитетите на здравствените работници. Како и во другите компоненти, обуката со себе носи и ажурирање на клиничките упатства, дефинирање на услугите, дефинирање на стандардите за инфраструктура и кадар, како и повторно воведување на континуирана медицинска едукација, со што знаењето на кадарот континуирано ќе се надградува според потребните стандарди. Оваа стратегија исто така ја потенцира важноста на водењето медицинска евиденција и здравствена статистика, односно прибирањето податоци за мониторинг, евалуација и континуирано подобрување на услугите. Соодветното користење на информациско-комуникациската технологија (компјутеризација на картони, картички за пациенти, вмрежување, и др.) ќе биде од помош за ваквите функции. Програмата „Болници - пријателки на бебињата“ го поттикнува доењето со мајчино млеко, работи на развивање на мајчинското чувство и грижата за новороденчето и ги учи мајките да ги препознаваат знаците на опасност кај нивните бебиња, со помош на обуки на здравствени работници и мајки, како и преку дистрибуција на промотивен материјал. Програмите за постнатален скрининг ќе гарантираат рано

откривање на конгенитални метаболни заболувања, според стандардните протоколи.

Стратегијата за безбедно мајчинство го зголемува нивото на „наклонетост кон бебињата“ во рамките на постнаталните услуги, на ниво на примарна и превентивна здравствена заштита.



---

### 3 ЦЕЛ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

---

Истражувањето има за цел, пред сè, да направи еден подетален увид во состојбата на патронажната служба во Република Северна Македонија, конкретно во однос на посетите извршени кај леунки и новороденчиња, односно мали деца до 12-месечна возраст.

За постигнување на таа цел, беа извршени две анализи од кои едната беше статистичка обработка на податоци за причините за смртност кај доенчиња и деца до 12-месечна возраст во Република Северна Македонија, а втората се однесува на извршената анкета на мајки родилки на територија на Републиката.

Првата фаза има за цел преку статистичка анализа на причините на смртноста на доенчињата и децата до 12-месечна возраст во Република Северна Македонија, да го утврди потенцијалот на патронажната сестра и нејзината работа. Под тоа се подразбира да се утврди нејзиното место, односно нејзината улога и потенцијално делување во превенција и рана детекција на болестите, а со тоа и индиректно делување врз намалување на смртноста на доенчињата и малите деца.

Исто така, во втората фаза од истражувањето, користена е и анкета, и преку резултатите од истата очекувано е да се дознае каква е моменталната состојба во Република Северна Македонија, односно какво е моменталното задоволство од поливалентната патронажна служба, сè со цел да се увидат најголемите недостатоци и да се дадат препораки за нивно подобрување. Преку акцентирање на аспектите кои водат кон незадоволство кај корисниците на дејноста, во овој случај родилките, односно мајките во постнаталниот период, ќе можат да се разгледаат конкретните проблеми во патронажната служба и да се изнајдат реални решенија.

---

## 4 МЕТОДИ НА ИСТРАЖУВАЧКАТА РАБОТА

---

### 4.1 Податоци

Во првата фаза од експерименталниот дел анализирани беа податоци за умрени доенчиња во Република Северна Македонија за периодот 2013-2017 година, со користени податоци од Државен завод за статистика (ДЗС) за старост на доенчето и причина за настаната смрт. Согласно регистарот на Државниот завод за статистика, во горенаведениот период се забележани вкупно 1287 смртни случаи за доенчиња за кои се наведени 20 различни причини за настапена смрт.

Во втората фаза од експерименталниот дел беше подготвен анкетен прашалник со вкупно 23 прашања, поделени во неколку групи, односно првата група на прашања се однесуваат на демографските карактеристики и тоа: возраст, националност, степен на образование, место на живеење; како и општи податоци во смисла на број на деца, година на последно породување, дали испитаничката имала проблеми со породувањето и дали била задржана во болница по породувањето (прашања од 1 до 8). Втората група на прашања е поврзана со доењето, односно дали испитаничката го доела своето новороденче, дали имала проблем со воспоставување на лактацијата, дали имала посета од патронажната сестра во првата недела после породувањето и дали сестрата дала валидни совети за одржување на лактацијата (прашања од 9 до 12). Третата група на прашања се прашања со оценки за оцена на работата на патронажната сестра во смисла на тоа дали посветила доволно внимание, каков бил нејзиниот однос, каков бил степенот и квалитетот на нејзините познавања и како се одржувала комуникацијата помеѓу сестрата и мајката (прашања од 13 до 15 и прашање 19). Четвртата група на прашања се однесуваат на посетата од патронажната сестра, доколку ја имало, односно дали сестрата објаснила сè детално или не, дали ја посетила мајката повеќе од двапати и дали посетите треба да се почести (прашања од 16 до 18). Последната група на прашања е во врска со имунизацијата на детето, односно дали

мајката го вакцинира своето дете, од кој извор се информира при донесувањето на одлуки во врска со вакцинациите и дали патронажната сестра помогнала во разјаснување на дилемите и стравовите околу вакцините (прашања од 20 до 22). Последното, односно 23-тото, прашање е дескриптивно, со тоа што им се дозволи на испитаничките да дадат своја забелешка или критика во однос на патронажната служба.

## 4.2 СТАТИСТИЧКА АНАЛИЗА

За да се увиди дали постои разлика во распределбата на смртни случаи по година, беше направен  $\chi^2$  тест со ниво на значајност од 0,05. Поврзаноста помеѓу староста на доенчето и причината за смрт беше анализирана со Пирсонова корелација, притоа како значајни се земаа случаите со ниво на значајност од 0,01 ( $p < 0.01$ ). За да се потврдат резултатите од Пирсоновата корелација, беше направен  $\chi^2$  тест на независни примероци со ниво на значајност од 0,05. Дополнително, класифицираните податоци за причини на смрт и возраст на доенчето беа прикажани во табела и графикон.

Податоците од анкетните прашалници од дел 3 беа анализирани со Анализа на главни компоненти (Principal component analysis), од каде беа екстрахирани прашањата кои придонесуваат до најголема варијабилност во одговорите. Прашањата со значителен удел на варијабилноста беа дополнително анализирани со Пирсонова корелација ( $p < 0,05$ ), за да се утврди поврзаноста помеѓу одговорите на истите. Врз основа на претходно наведените прашања, беше направена анализа на кластеринг со К-средни вредности, како би се направила стратификација на испитаниците во однос на квалитетот на патронажа. Дополнително, за секоја од стратифицираните групи беше направена дескриптивна анализа во однос на демографската застапеност на испитаниците.

Сите статистички анализи беа направени со користење на статистички софтвер SPSS 23.0 (IBM, Армонк, Њу Јорк, САД).

## 5 РЕЗУЛТАТИ

### 5.1 РЕЗУЛТАТИ ОД СТАТИСТИЧКАТА ОБРАБОТКА НА ПОДАТОЦИ ОД ПОДАТОЦИ ЗА УМРЕНИ ДООЕНЧИЊА ВО РСМ ЗА ПЕРИОДОТ 2013-2017

Добиените резултати се прикажани на Табела 1, а согласно вредноста на  $\chi^2(4)=12.75$  и  $p=0.013$  може да се заклучи дека постои статистички значајна разлика помеѓу бројот на смртни случаи во испитуваните години.

Табела 1: Година  
Table 1: Year

	Observed N	Expected N	Residual
2013	268	257.4	10.6
2014	263	257.4	5.6
2015	232	257.4	-25.4
2016	297	257.4	39.6
2017	227	257.4	-30.4
Total	1287		

Како би се утврдило постоењето на поврзаност помеѓу староста на доенчето и причината на смрт, направена е Пирсонова корелација и матрицата на резултатите е прикажана на Табела 2.

Табела 2: Корелации  
Table 2: Correlations

		Возраст	Болест
Возраст	Pearson Correlation	1	-.089**
	Sig. (2-tailed)		.001
	N	1287	1287
Болест	Pearson Correlation	-.089**	1
	Sig. (2-tailed)	.001	
	N	1287	1287

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Од резултатите може да се забележи дека постои статистички значајна поврзаност помеѓу причината за смрт и староста на доенчето. За да се потврди поврзаноста помеѓу овие две групи на податоци, дополнително беше направен и  $\chi^2$  тест на независни примероци. Резултатите се прикажани на Табела 3.

Табела 3: Chi-Square тестови  
Table 3.: Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1021.228	57	.000
Likelihood Ratio	1082.231	57	.000
Linear-by-Linear Association	10.220	1	.001
N of Valid Cases	1287		

Од наведените податоци може да се исклучи нултата хипотеза дека не постои поврзаност помеѓу причината за смрт и возраста на доенчињата во анализираната група.

Притоа, за да се направи подетална анализа, податоците се прикажани графички и табеларно.



Табела 4: Болест \* Возраст кростабулација  
Table 4: Disease \* Age crosstabulation

		Возраст									
		0-6 дена		7-27 дена		28 дена до 1 месец		2-11 месеци		Total	
		Count	% within Болест	Count	% within Болест	Count	% within Болест	Count	% within Болест	Count	% within Болест
Болест	Одредени инфективни и паразитски болести A00-B99	1	1.4 %	0	.0 %	39	53.4 %	33	45.2 %	73	100.0 %
	Болести на крвта и на крвотворните органи и одредени заболувања на имуниот механизам D50-D89	0	.0 %	0	.0 %	0	.0 %	1	100.0 %	1	100.0 %
	Ендокрини, нутритивни и метаболички болести E00-E90	0	.0 %	0	.0 %	0	.0 %	1	100.0 %	1	100.0 %
	Болести на нервниот систем G00-H95	0	.0 %	0	.0 %	0	.0 %	6	100.0 %	6	100.0 %
	Болести на циркулаторниот систем I00-I99	1	33.3 %	0	.0 %	1	33.3 %	1	33.3 %	3	100.0 %
	Други срцеви болести I30-I33,I39- I52	1	100.0 %	0	.0 %	0	.0 %	0	.0 %	1	100.0 %
	Цереброваскуларни болести I60-I69	0	.0 %	0	.0 %	1	50.0 %	1	50.0 %	2	100.0 %
	Болести на респираторниот систем J00-J99	0	.0 %	0	.0 %	7	36.8 %	12	63.2 %	19	100.0 %
	Пневмонија J12-J18	0	.0 %	0	.0 %	7	38.9 %	11	61.1 %	18	100.0 %
	Хронични долно респираторни болести J40-J47	0	.0 %	0	.0 %	0	.0 %	1	100.0 %	1	100.0 %
	астма J45-J46	0	.0 %	0	.0 %	0	.0 %	1	100.0 %	1	100.0 %
	Одредени состојби што настануваат во перинаталниот период P00-P96	656	76.2 %	193	22.4 %	12	1.4 %	0	.0 %	861	100.0 %
	Конгенитални малформации, деформации и хромозомски ненормалности Q00-Q99	25	24.5 %	23	22.5 %	12	11.8 %	42	41.2 %	102	100.0 %
	Конгенитални малформации на	3	42.9 %	1	14.3 %	1	14.3 %	2	28.6 %	7	100.0 %

	нервниот систем Q00-Q07										
	Конгенитални малформации на циркулаторниот систем Q20-Q28	14	22.2 %	16	25.4 %	8	12.7 %	25	39.7 %	63	100.0 %
	Симптоми, знаци и ненормални клинички наоди, неклассифицирани на друго место R00-R99	6	9.8 %	3	4.9 %	17	27.9 %	35	57.4 %	61	100.0 %
	Синдром на ненадејна доенечка смрт R95	1	16.7 %	0	.0 %	2	33.3 %	3	50.0 %	6	100.0 %
	Непозната и неозначена причина R96-R99	5	9.6 %	2	3.8%	15	28.8 %	30	57.7 %	52	100.0 %
	Несреќи V01-X59	0	.0 %	0	.0 %	3	42.9 %	4	57.1 %	7	100.0 %
	Транспортни несреќи V01-V99	0	.0 %	0	.0 %	0	.0 %	2	100.0 %	2	100.0 %
	Total	713	55.4 %	238	18.5 %	125	9.7 %	211	16.4 %	1287	100.0 %

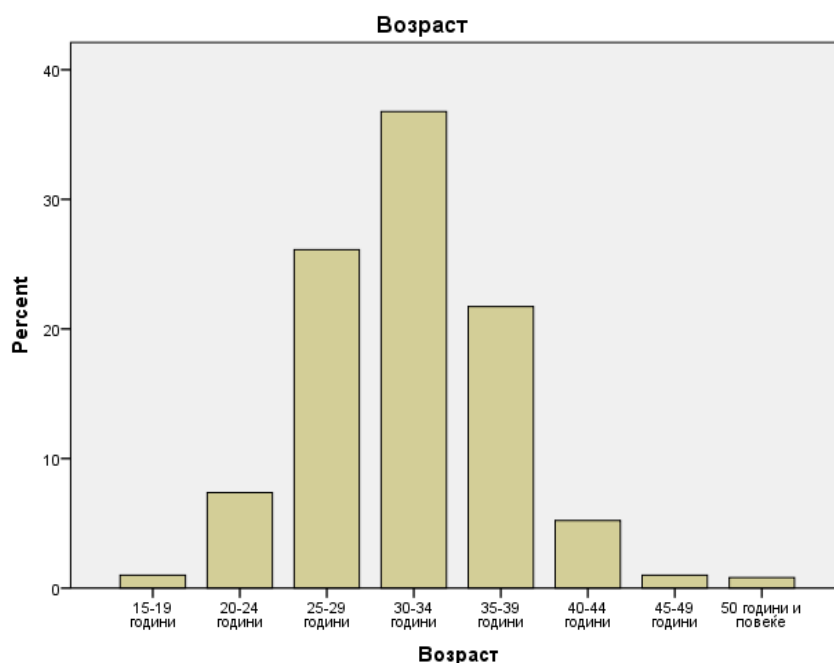


## 5.2 РЕЗУЛТАТИ ОД СТАТИСТИЧКАТА ОБРАБОТКА НА АНКЕТНИТЕ ПРАШАЊА

Анализата беше направена на анкетен прашалник пополнет од 1708 испитаници од 23 општини во РСМ. Демографските карактеристики на испитаниците се прикажани на Табела 5 и Графикон 1 (распределба според возраст), Табела 6 и Графикон 2 (распределба според степен на образование), Табела 7 и Графикон 3 (распределба според националност) .

Табела 5: Возраст на испитаниците  
Table 5: Age of respondents

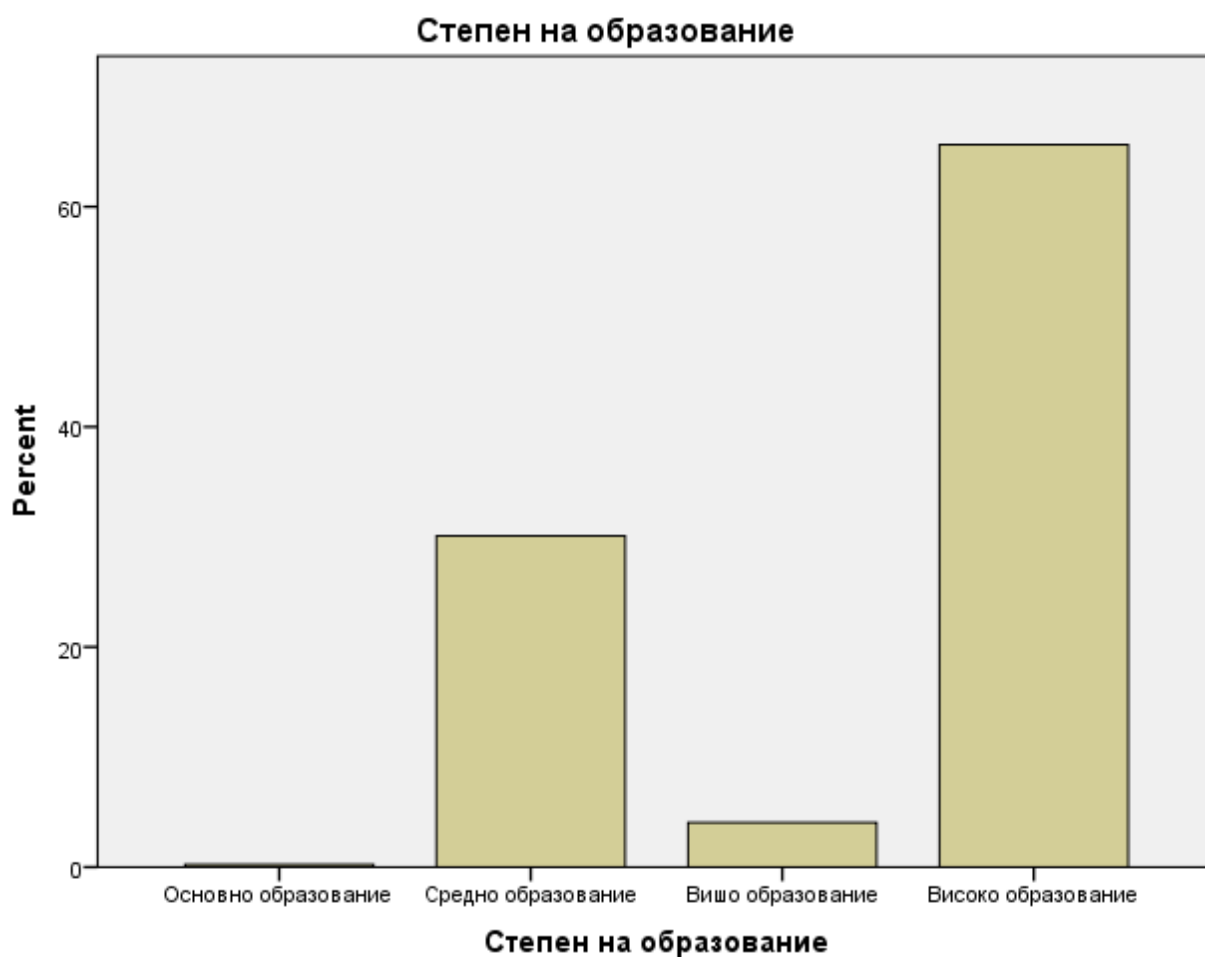
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 15-19 години	17	1.0	1.0	1.0
20-24 години	126	7.4	7.4	8.4
25-29 години	446	26.1	26.1	34.5
30-34 години	628	36.8	36.8	71.3
35-39 години	371	21.7	21.7	93.0
40-44 години	89	5.2	5.2	98.2
45-49 години	17	1.0	1.0	99.2
50 години и повеќе	14	.8	.8	100.0
Total	1708	100.0	100.0	



Графикон 1: Распределба на испитаниците според возраста  
Chart 1: Distribution of respondents by age

Табела 6: Распределба на испитаниците според степенот на образование  
Table 6: Distribution of respondents by education level

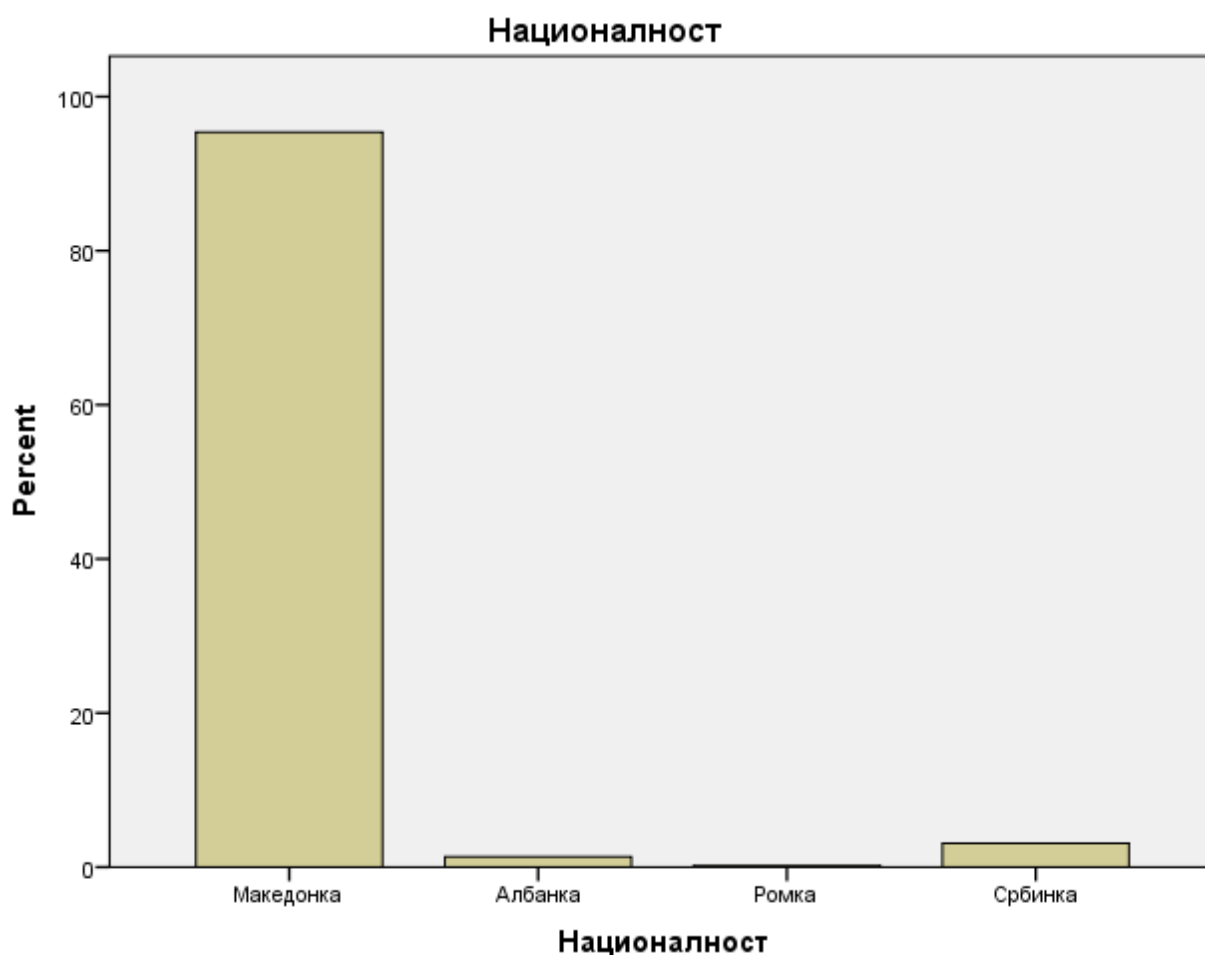
Степен на образование		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Основно образование	4	.2	.2	.2
	Средно образование	514	30.1	30.1	30.3
	Вишо образование	69	4.0	4.0	34.4
	Високо образование	1121	65.6	65.6	100.0
	Total	1708	100.0	100.0	



Графикон 2: Распределба на испитаниците според степенот на образование  
Chart 2: Distribution of respondents by education levels

Табела 7: Распределба на испитаниците според националноста  
 Table 7: Distribution of respondents by nationality

Националност		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Македонка	1629	95.4	95.4	95.4
	Албанка	23	1.3	1.3	96.7
	Ромка	3	.2	.2	96.9
	Србинка	53	3.1	3.1	100.0
	Total	1708	100.0	100.0	



Графикон 3: Распределба на испитаниците според националноста  
 Chart 3: Distribution of respondents by nationality

Одговорите на прашањата 13, 14, 15 и 19 беа анализирани со Анализа на главни компоненти (Principal component analysis), од каде беа екстрахирани две главни компоненти кои објаснуваат 95,46 % од одговорите на прашањата.

Согласно првата компонента, која објаснува 92,45 % од одговорите на прашањата, беше забележано дека сите испитувани прашања имаат еднаков удел во вкупната варијабилност на одговорите, т.е. дека веројатно постои поврзаност помеѓу одговорите на прашањата. Дополнително, поврзаноста на горенаведените прашања беше анализирана со Пирсонова корелација (Табела 8), при што се забележа дека постои корелација помеѓу сите наведени прашања ( $p < 0,05$ ).

Табела 8: Пирсонова корелација на прашањата 13-15 и 19  
Table 8: Pearson correlation of questions 13-15 and 19

## Correlation Matrix

		Дали при првата посета патронажната сестра Ви посвети внимание Вам и на Вашето бебе?	Дали сте задоволни од односот на патронажната сестра?	Дали сте задоволни од степенот и квалитетот на знаењето на патронажната сестра?
Correlation	Дали при првата посета патронажната сестра Ви посвети внимание Вам и на Вашето бебе?	1.000	.923	.891
n	Дали сте задоволни од односот на патронажната сестра?	.923	1.000	.908
	Дали сте задоволни од степенот и квалитетот на знаењето на патронажната сестра?	.891	.908	1.000
	Како би ја оцениле комуникацијата со Вашата патронажна сестра?	.885	.908	.881

Бидејќи сите прашања имаат еднаков удел во варијабилноста на одговарање, беше одлучено да се направи кластеринг со К-средни вредности, како би се направила стратификација на испитаниците во однос на квалитетот на патронажата кој беше проценет преку нивните одговори на наведените прашања. Согласно одговорите на наведените прашања, испитаниците беа

класифицирани во три групи. Централната оценка за секое прашање, за поединечните групи е претставена на Табела 9.

**Табела 9: Централна оценка на прашањата од 13-15 и 19**

**Table 9: Central assessment of questions 13-15 and 19**

**Final Cluster Centers**

	Група		
	1	2	3
Дали при првата посета патронажната сестра Ви посвети внимание Вам и на Вашето бебе?	5	1	3
Дали сте задоволни од односот на патронажната сестра?	5	1	3
Дали сте задоволни од степенот и квалитетот на знаењето на патронажната сестра?	5	1	3
Како би ја оцениле комуникацијата со Вашата патронажна сестра?	5	2	3

Со анализата на варијанса се потврди дека постои статистички значајна разлика помеѓу одговорите на испитаниците во стратифицираните групи ( $p < 0.01$ ) (Табела 10).

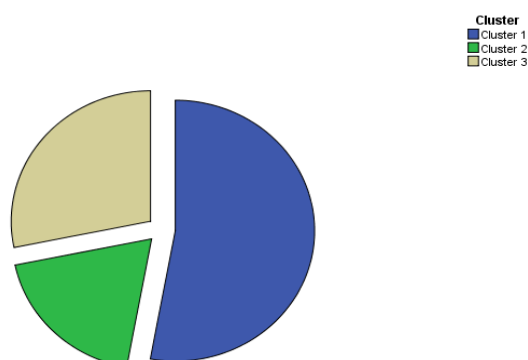
Табела 10: Анализа на варијансата  
Table 10: Analysis of variance  
ANOVA

	Cluster		Error		F	Sig.
	Mean Square	df	Mean Square	df		
Дали при првата посета патронажната сестра Ви посвети внимание Вам и на Вашето бебе?	1451.977	2	.292	1705	4965.050	.000
Дали сте задоволни од односот на патронажната сестра?	1538.179	2	.232	1705	6636.701	.000
Дали сте задоволни од степенот и квалитетот на знаењето на патронажната сестра?	1485.775	2	.347	1705	4283.826	.000
Како би ја оцениле комуникацијата со Вашата патронажна сестра?	1440.474	2	.311	1705	4630.421	.000

The F tests should be used only for descriptive purposes because the clusters have been chosen to maximize the differences among cases in different clusters. The observed significance levels are not corrected for this and thus cannot be interpreted as tests of the hypothesis that the cluster means are equal.

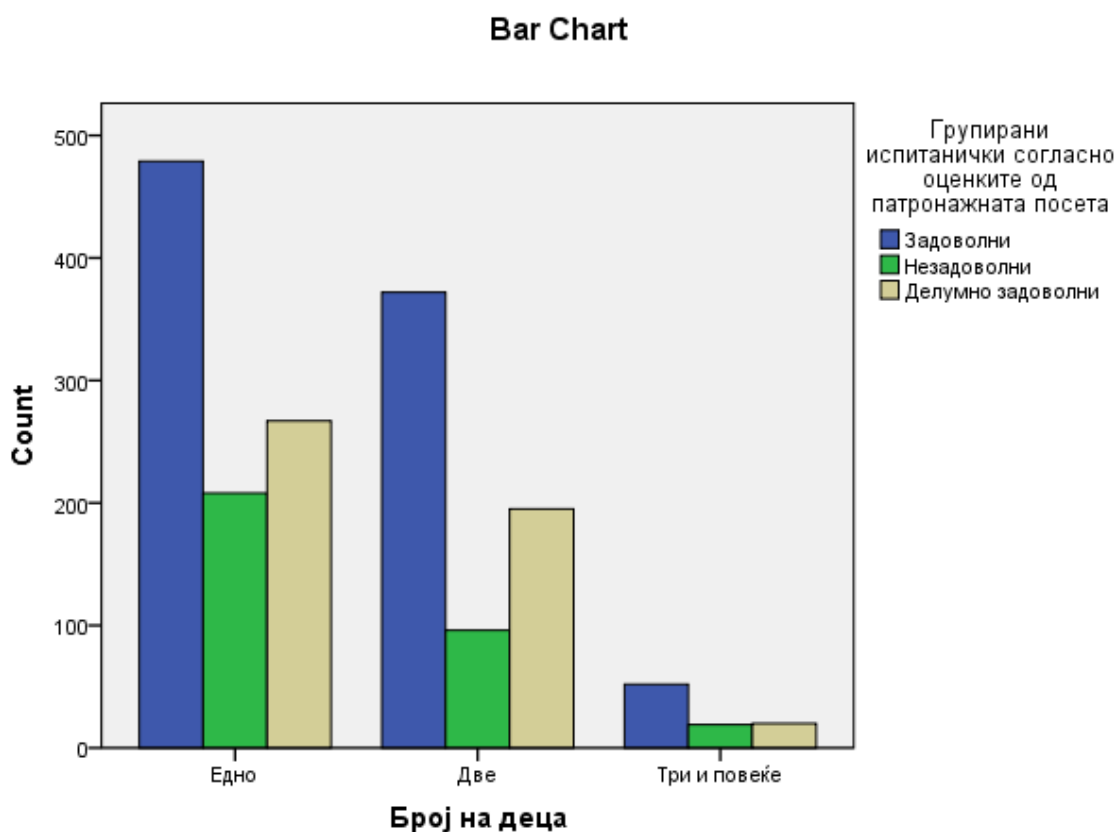
Согласно кластер анализата од севкупниот број на испитанички (1708), најголемиот дел (кластер 1) биле задоволни од посетите и комуникацијата со патронажната сестра, додека 323 (кластер 2) воопшто не биле задоволни, а 482 (кластер 3) биле делумно задоволни (Слика 2).

Number of Cases in each Cluster



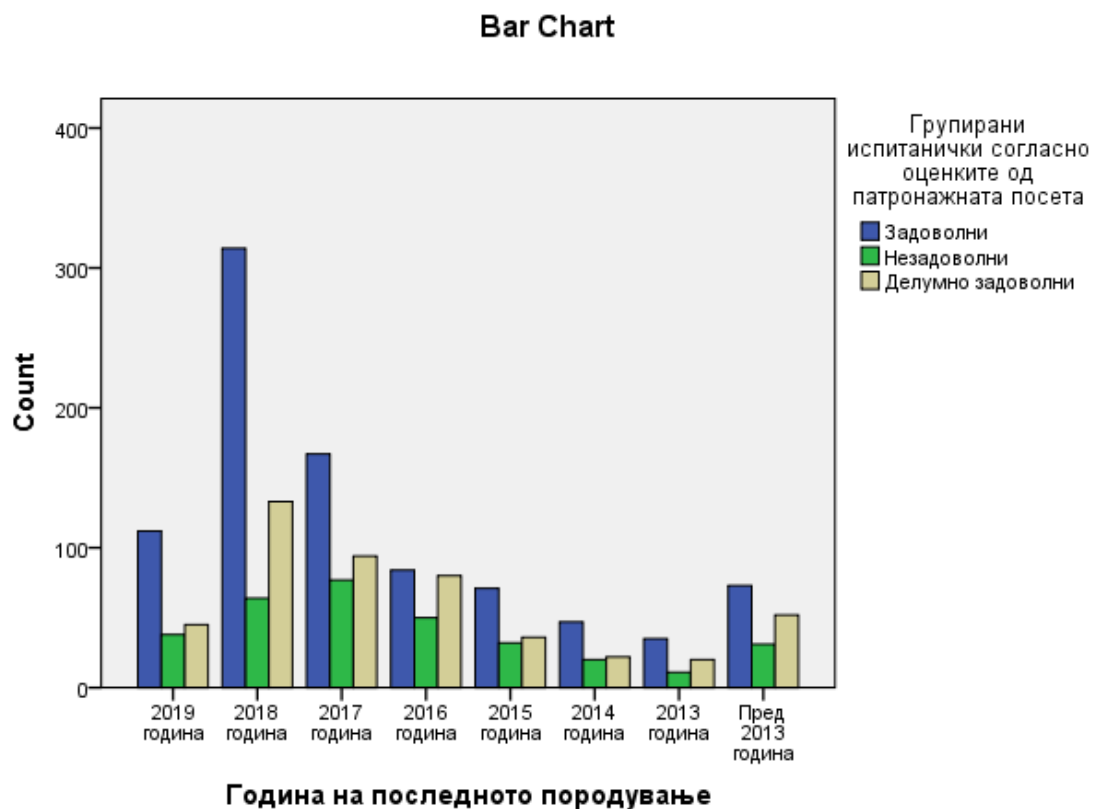
Слика 2: Поделба според задоволство од патронажната служба  
Figure 2: Satisfaction with the health visitor's service

Одговорите на испитаниците за прашањата со реден број 5-12, 16-18 и 20-22, поделени по групи (задоволни, незадоволни, делумно задоволни испитаници), согласно оценката на патронажната посета, се прикажани на Графиконите 4–17.



*Графикон 4: Распределба по кластери според бројот на деца*  
*Chart 4: Distribution by cluster by number of children*

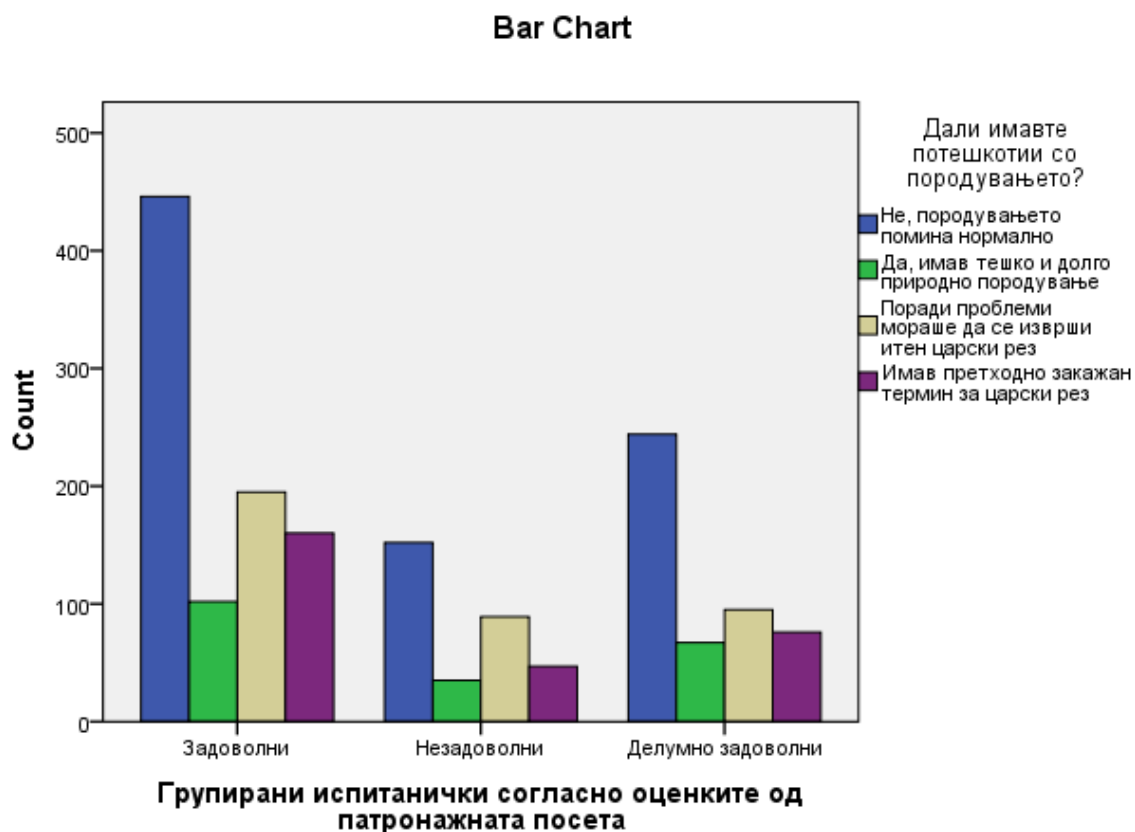
Од сите анкетирани лица, најголем дел одговориле дека имаат едно дете и тоа 976, односно 55,9 %. Со две деца се 674 испитанички или 38,6 %, додека три деца имаат само 95 жени (5,4 %).



*Графикон 5: Распределба по кластери според година на последно породување*  
*Chart 5: Distribution by cluster by year of last childbirth*

Најголем процент од испитаничките (30,2 %) го имале последното породување во 2018 година. Потоа следат 2017 година со 19,8 %, 2016 година со 12,6 % и 2019 година со 11,3 %.

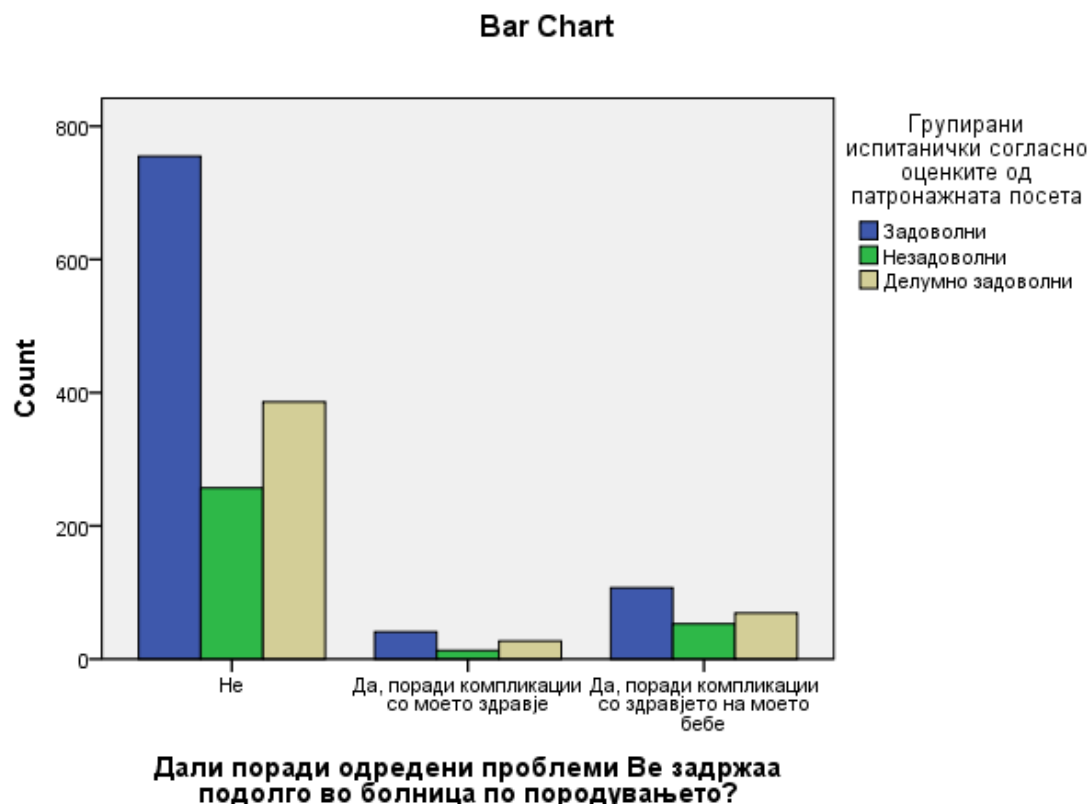




**Графикон 6:** Распределба по кластери според тоа дали испитаничката имала тешкотии со породувањето

**Chart 6:** Distribution by cluster according to whether the respondent had difficulties with childbirth

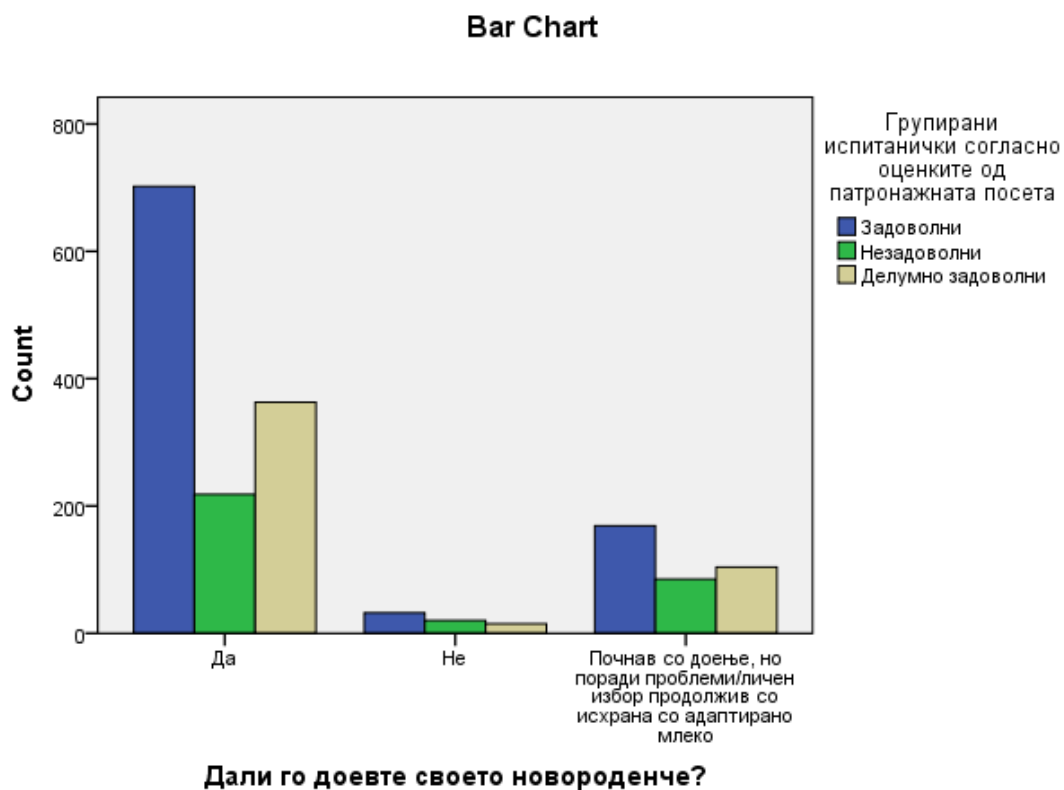
Од севкупниот број на анкетирани лица, кај најголем дел од нив породувањето поминало во најдобар тек (49,5 %), кај 384 лица (22 %) било потребно да се изврши итен царски рез, 285 лица одговориле дека имале претходно закажан царски рез (16,3 %), а 212 жени (12,1 %) имале тешко и долго природно породување.



**Графикон 7:** Распределба по кластери според тоа дали испитаничката била задржана во болница по породувањето

**Chart 7:** Cluster distribution according to whether the respondent was hospitalized after childbirth

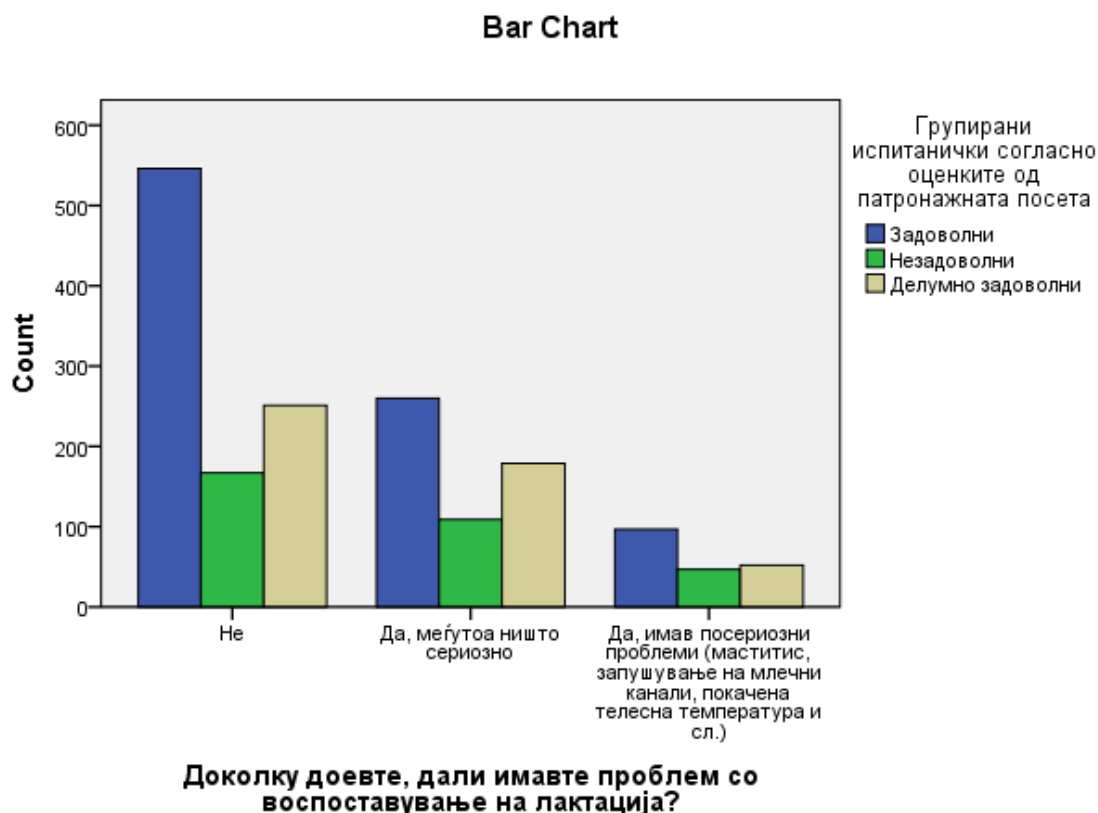
Најголем дел од анкетираниите лица одговориле дека не биле задржани подолго од нормално во болница (82,3 %), а од останатите 13,4 % биле задржани поради проблеми со здравјето на бебето, додека 5,2 % поради проблеми со сопственото здравје.



*Графикон 8:* Распределба по кластери според тоа дали испитаничката го доела своето новороденче

*Chart 8:* Cluster distribution according to whether the respondent breastfed the newborn

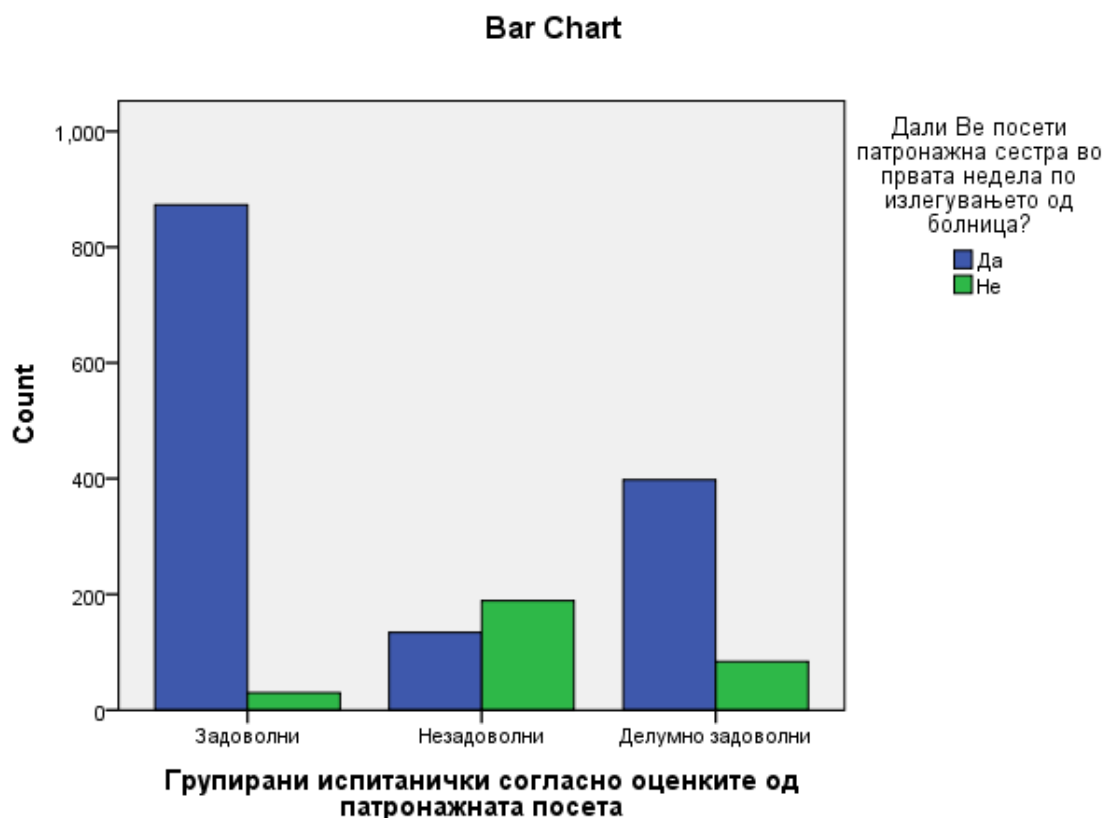
Дури 75.2 % од анкетираните лица одговориле дека го доеле своето новороденче, 20,9 % почнале со доење, но поради одредени причини го прекинале и продолжиле со користење на адаптирано млеко, а само 3,9 % одговориле дека воопшто не го доеле своето бебе.



*Графикон 9:* Распределба по кластери според тоа дали испитаничката имала проблем со воспоставување на лактација

*Chart 9:* Cluster distribution according to whether the respondent had problems with lactation

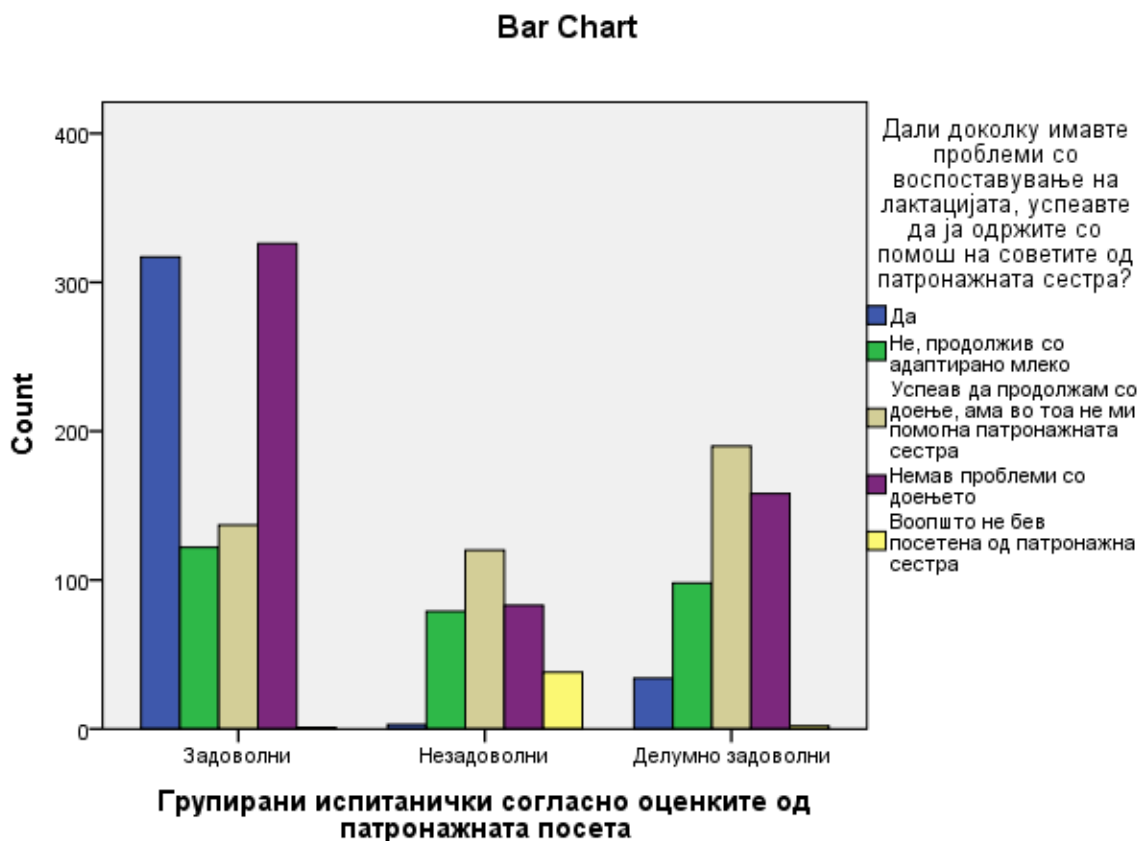
56,4 % од испитаниците немале никаков проблем со воспоставувањето на лактација, додека 32,2 % имале помали проблеми со истото, а 11,4 % од анкетираните жени завршиле и со поголеми компликации при овој процес од типот на маститис, запушени млечни канали, покачена телесна температура.



*Графикон 10:* Распределба по кластери според тоа дали испитаничката била посетена од патронажна сестра во првата недела по излегувањето од болница

*Chart 10:* Cluster distribution according to whether the respondent was visited by a health visitor in the first week after discharge

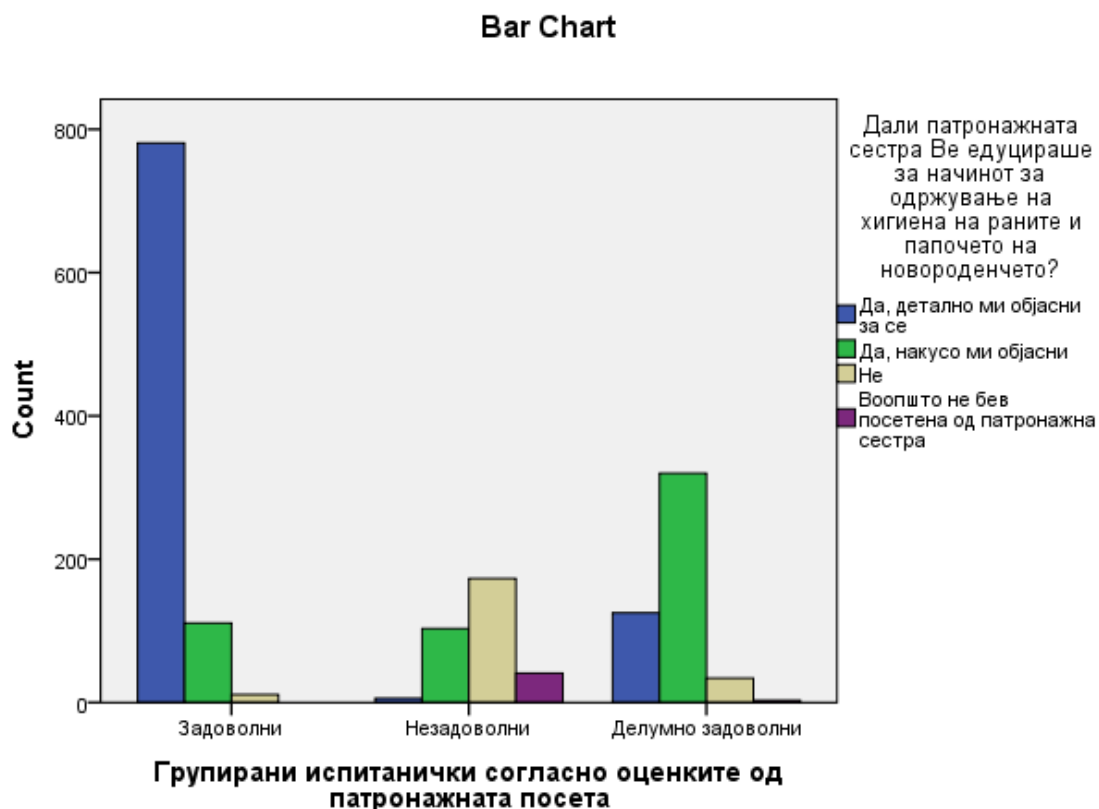
Најголем дел од анкетираниите лица одговориле дека биле посетени од патронажната сестра во првата недела по враќањето од болница (82,3 %), а 17,7 % од жените или не биле посетени во првата недела или не биле воопшто посетени од патронажната служба.



**Графикон 11:** Распределба по кластери според тоа дали испитаничката успеала да воспостави и одржи лактација со помош на совети од патронажната сестра

**Chart 11:** Cluster distribution according to whether the respondent managed to establish and maintain lactation with the help of the health visitor

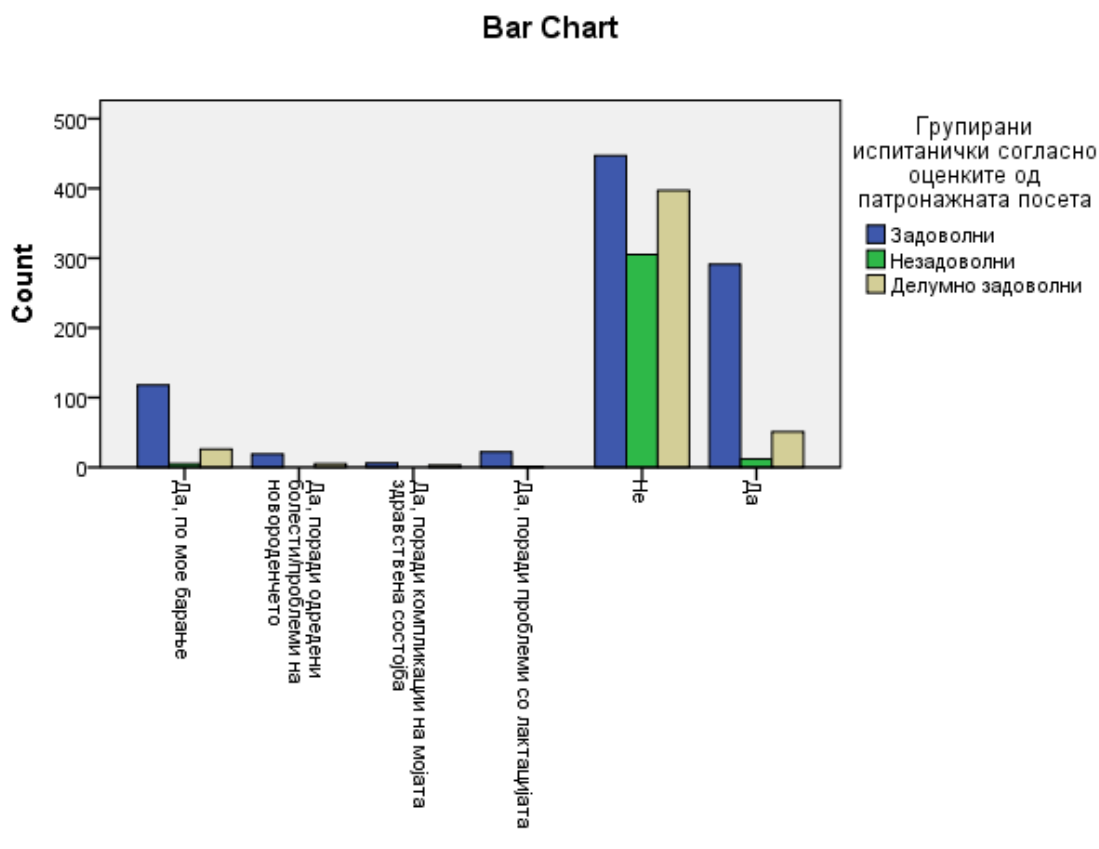
Во однос на ова прашање, 33,2 % од анкетираните лица одговориле дека немале проблем со доењето, 2,3 % не биле воопшто посетени од патронажната служба, а од тие кои имале проблеми со одржувањето на лактацијата 21,1 % успеале во доењето благодарейќи на советите од патронажната сестра, 25,8 % успеале сами да се снајдат во новата улога, а 17,5 % биле неуспешни во истото и продолжиле со адаптирано млеко.



**Графикон 12:** Распределба по кластери според тоа дали патронажната сестра ја едуцирала испитаничката за хигиена на раните и папчето на новороденчето

**Chart 12:** Cluster distribution according to whether the health visitor educated the respondent on wound hygiene and the newborn's navel

На ова прашање, 2,5 % одговориле дека воопшто не биле посетени од патронажната служба. Од тие што биле посетени, 53,7 % се задоволни од начинот на објаснување и стручноста на сестрата, 31,1 % сметаат дека објаснувањето било кратко и недоволно, а 12,7 % воопшто не се задоволни од истото.

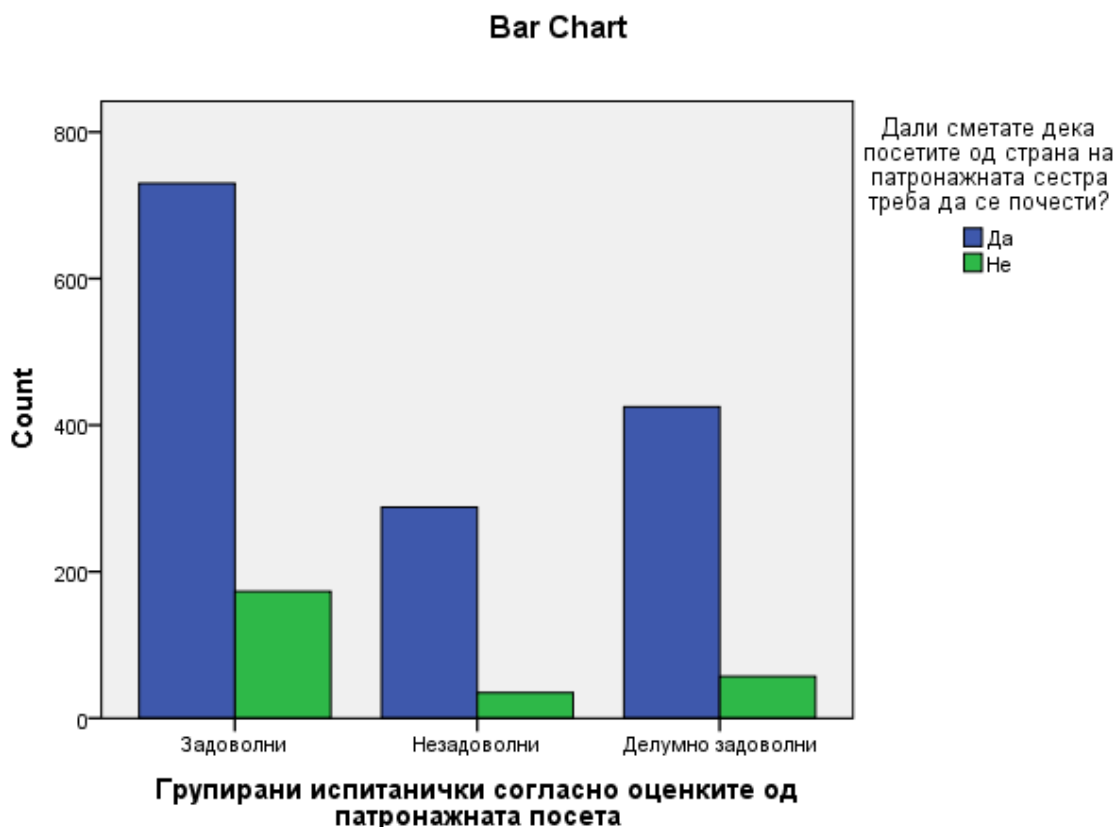


**Графикон 13:** Распределба по кластери според тоа дали испитаничката била посетена повеќе од два пати од страна на патронажната сестра

**Chart 13:** Cluster distribution according to whether the respondent was visited more than twice by the health visitor

Најголемиот дел од испитаничките или 66,8 % не биле посетени повеќе од два пати од страна на патронажната сестра. 21,6 % биле посетени без барање од нивна страна, додека останатите анкетирани лица барале повторна посета поради проблеми со лактација, проблеми со здравјето на бебето или на леунката.

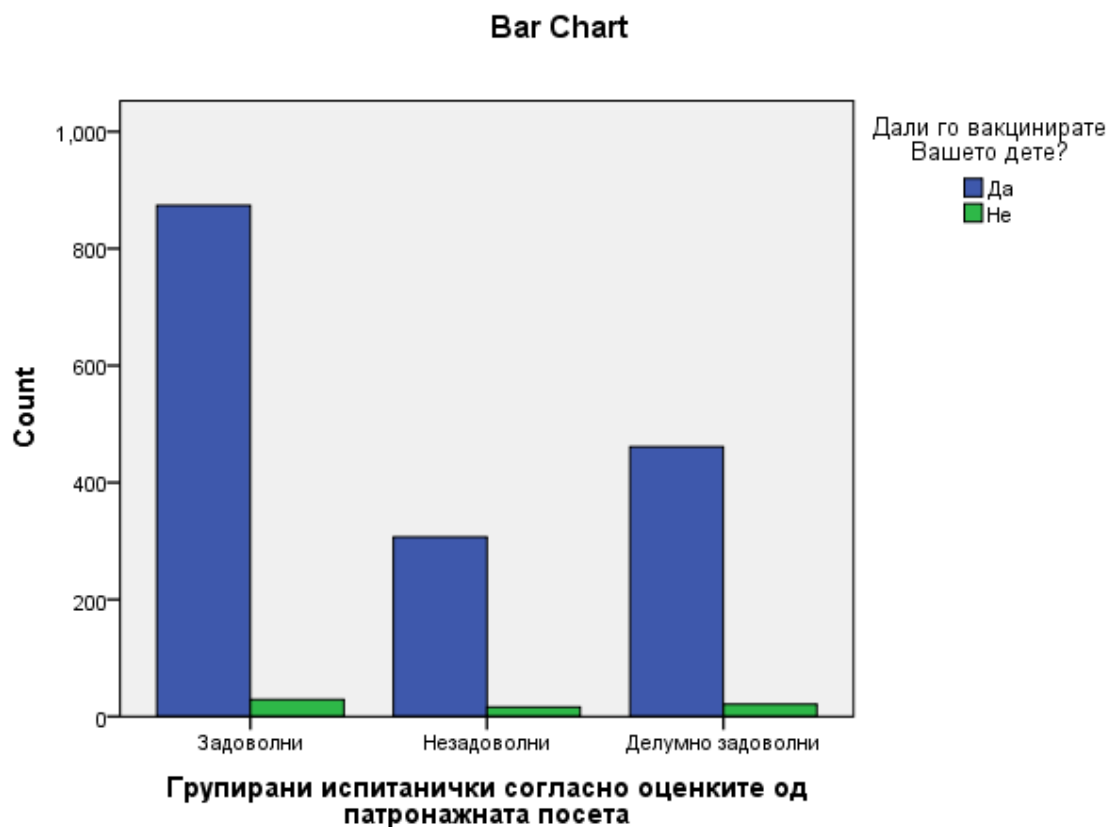




*Графикон 14:* Распределба по кластери според тоа дали испитаничката смета дека посетите од патронажната сестра треба да се почести

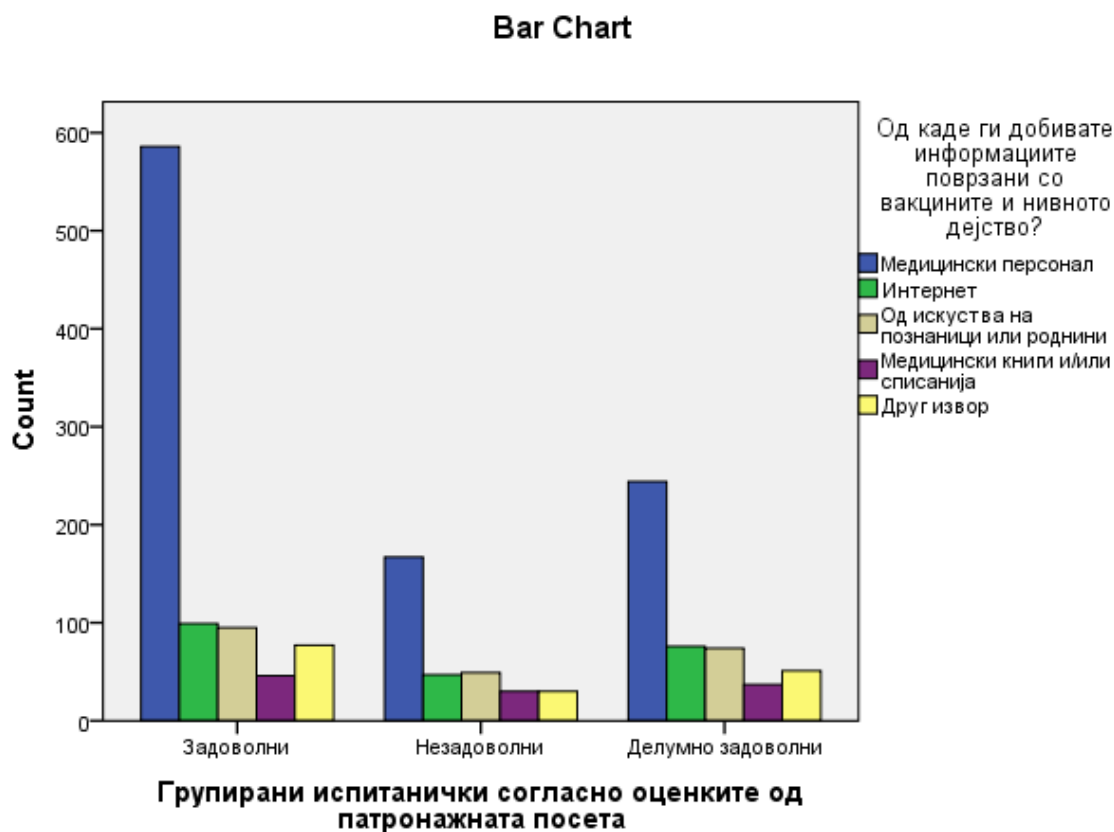
*Chart 14:* Cluster distribution according to whether the respondent considers that the visits by the health visitor should be more frequent

Во однос на прашањето дали посетите од патронажната сестра треба да се почести, 84,7 % се изјасниле потврдно, додека 15,3 % сметаат дека тоа не е потребно.



*Графикон 15: Распределба по кластери според тоа дали испитаничката го вакцинира своето дете*  
*Chart 15: Cluster distribution according to whether the respondent vaccinates her child*

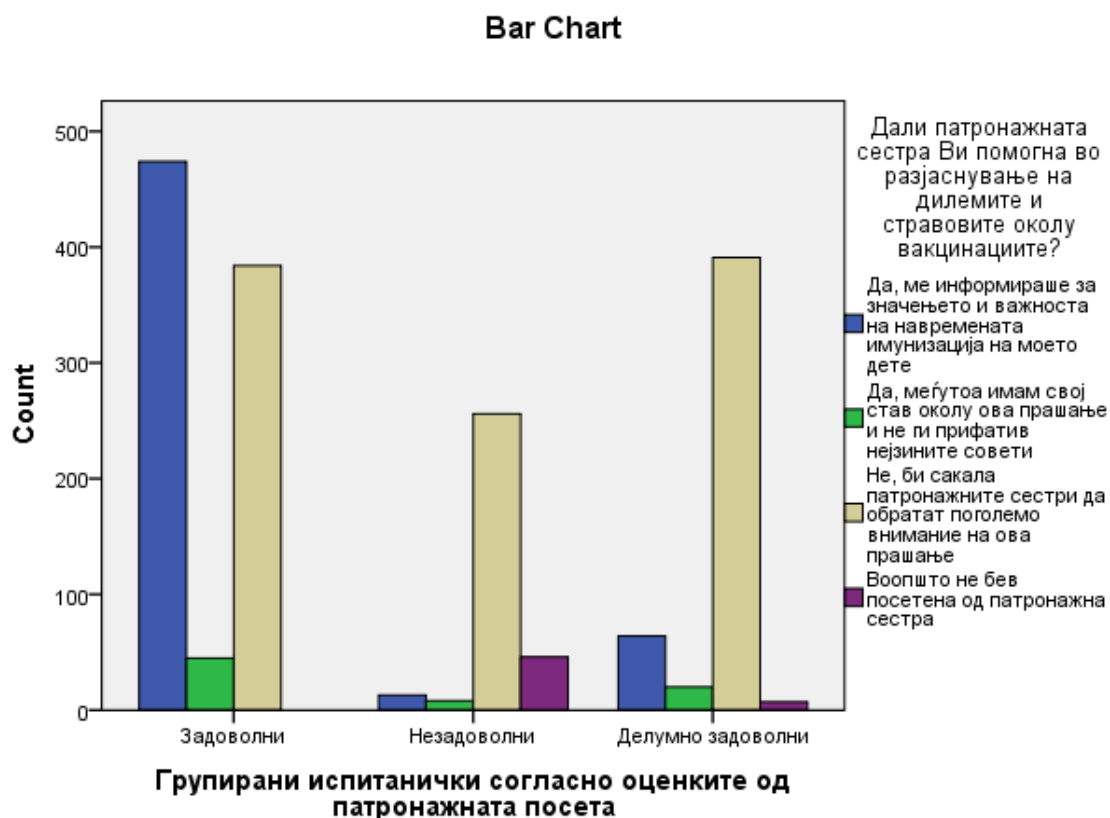
Во однос на навремената имунизација, значително поголем дел од анкетираните лица се изјасниле дека го вакцинираат своето дете/деца (96,2 %), а само 3,8 % не го вакцинираат своето дете/деца.



**Графикон 16:** Распределба по кластери според тоа од каде ги добива испитаничката информациите за вакцините

**Chart 16:** Cluster distribution according to the source from which the respondent gathers information regarding the vaccines

Генерално гледано, најголемиот дел од анкетираните лица одговориле дека информациите во однос на вакцините ги добиваат од медицински персонал (58,6 %), 6,6 % од медицински книги или списанија, додека 13,1 % од испитаниците информациите ги добиваат од Интернет, 12,6 % од искуства на роднини или познаници, а 9,2 % од друг извор.



**Графикон 17:** Распределба по кластери според тоа дали испитаничката смета дека патронажната сестра ѝ помогнала во разјаснување на дилемите и стравовите околу имунизацијата

**Chart 17:** Cluster distribution according to whether the respondent believes that the health visitor helped her clarify her dilemmas and fears regarding immunization

Во однос на ова прашање, најголем дел од испитаничките се изјасниле дека сметаат дека патронажната сестра треба да посвети поголемо внимание на темата за имунизација (60,1 %), 32,7 % биле уредно информирани за истото за време на посетите од патронажната служба, додека од останатите, 4,2 % сметаат дека не е место на патронажната сестра да се меша во нивниот избор да не вакцинираат, а 3 % воопшто не биле посетени од патронажната служба.

Последното прашање беше од отворен карактер, односно испитаничките можеа дескриптивно да одговорат. Одговорите беа искористени за подобра

анализа на анкетата, а генерално варираа од посочување на големо задоволство од патронажната служба па сè до незадоволство од истата поради некавалитет на услугата, непрофесионалност на односот на патронажната сестра или поради фактот што испитаничката воопшто не била посетена од страна на патронажна сестра.

---

## 6 ДИСКУСИЈА

---

### 6.1 СТАТИСТИЧКИ ПОДАТОЦИ ЗА СМРТНОСТ НА ДОЕНЧИЊАТА

Од прикажаните резултати може да се забележи дека во анализираниот период умреле 713 (55.8 %) доенчиња на возраст од 0-6 дена, при што како причина за смрт на 92 % од оваа популација на доенчиња е наведена „Одредени состојби што настануваат во перинаталниот период“. Со оглед на возраста и причината, може да се претпостави дека оваа популација новороденчиња умреле додека сè уште биле под лекарски надзор, т.е. хоспитализирани. Од наведената причина, во испитуваниот период (2013-17) умреле 861 (66.9 % од вкупната популација во испитуваната група) доенче, од кои 96.8 % биле на возраст до 27 дена.

Под „Одредени состојби што настануваат во перинаталниот период“ припаѓаат (27):

- Фетус и новороденче оштетени од фактори кај мајката и од компликации при бременоста, раѓањето и породувањето (P00–P04);
- Заболувања во врска со должината на гестацијата и раст на фетусот (P05–P08);
- Породилна траума (P10–P15);
- Респираторни и кардиоваскуларни заболувања специфични за перинаталниот период (P20–P29);
- Инфекции специфични за перинаталниот период (P35–P39);
- Хеморагични и хематолошки заболувања кај фетус и новороденче (P50–P61);
- Транзиторни ендокрини и метаболични заболувања специфични за фетусот и новороденчето (P70–P74);
- Заболувања на дигестивниот систем на фетусот и новороденчето (P75–P78);

- Состојби што ја зафаќаат надворешната обвивка и температурната регулација на фетусот и на новороденчето (P80–P83);
- Други заболувања што настануваат во перинаталниот период (P90–P96).

Ова се состојби кои потекнуваат од перинаталниот период, односно за време на бременоста или како последица од породувањето, иако смртта или стапката на заболување може да се појави отпосле. Меѓутоа, очигледно е дека овие новороденчиња во Република Северна Македонија генерално умираат пред истекот на првиот месец и најчесто се во постојан надзор на лекарски тим, односно се хоспитализирани поради сериозноста на болеста и патолошката состојба, па со оглед на тоа, патронажната сестра при овие заболувања има мала улога. Нејзината релевантност може да се спомене само при помалку сериозни случаи, каде што новороденчето е пуштено со мајката на домашно лекување, односно вон болничко следење на болеста, каде што нејзината улога би била повеќе од аспект на зачестени посети, со цел едукација на родителите за препознавање на одредени симптоми и нивно навремено делување, како и едукација во насока на одржување и подобрување на хигиената и намалување на ризикот од префаќање на други инфекции поради веќе намален имунитет на новороденчето.

Конгениталните малформации, застапени со три дијагнози, а најчести во однос на нервниот и циркулаторниот систем на новороденчето, се јавуваат како причина за 172 смртни случаи (13,36 %) и истите, независно од возраста на доенчето, не можат да се превенираат со патронажни посети, т.е. најчесто доенчињата со ваква дијагноза имаат потреба од интензивна нега во клинички услови. Сепак, не ја исклучуваме можноста за дејствување и на патронажната сестра при овие заболувања. Новороденчињата кои припаѓаат во оваа група, доколку состојбата не била критична, сепак се испуштаат на домашно лекување, односно следење на состојбата во домашни услови. Во овој случај, исклучително важно е навременото и адекватно лекување и рехабилитација на заболувањата кај детето, особено на оние заболувања што се причина за каков и да било облик на хендикепираност. Кај новороденчиња со конгенитални заболувања, според Програмата за активна заштита на мајките и децата (31) во Република Северна Македонија, се предвидени дополнителни две посети од страна на патронажната сестра, а сè тоа е со цел да биде патронажната сестра

во тек со настаните и навремено да реагира доколку има потреба, односно да препорача дополнителни специјалистички прегледи или контроли ако согледа влошување на состојбата на детето, или пак ако се работи за родители кои даваат отпор кон тоа, да го извести здравствениот дом за состојбата на детето, по што би се презеле соодветни мерки. Децата кои имаат конгенитални заболувања често се покревки со општото здравје и им е потребна голема нега и внимание, а тука улога треба да има и патронажната сестра во смисла на поголема едукација на родителите за состојбата на детето и олеснување на проблемите, доколку е тоа возможно.

Инфективните болести, застапени како одредени инфективни заболувања, болести на респираторниот систем и пневмонија, се причина за смрт на вкупно 110 деца (8.54 %) во испитуваниот период. Карактеристично за оваа подгрупа е тоа што само 1 случај (0.9 %) бил регистриран како смртен случај на доенче помладо од 28 дена, што наведува на заклучок дека голем дел од оваа популација инфекциите ги стекнуваат по напуштањето на родилиштата. Патронажната посета на новороденчињата по напуштањето на родилиштата, може во голема мера да придонесе кон превенцијата, раното дијагностицирање и почеток на терапија на инфективни болести.

Во овој случај веќе може да се зборува за улогата на патронажната сестра бидејќи, пред сè, ова се заболувања кои можат во голема мерка да се превенираат со правилна нега и хигиена, па оттаму може да се заклучи дека патронажната служба има огромно значење. Од исклучителна важност е да се гледаат мајката и детето, или пошироко гледано, целото семејство како една единица затоа што акциите на еден член од семејството индиректно делуваат и на сите други членови со оглед на тоа дека се работи за затворен круг, а инфективните болести како такви се карактеризираат со голема заразност и преносливост од лице на лице. Од исклучителна важност е хигиената во домот, со што би се намалил ризикот од пренесување на заразни болести. Првенствено, ова се однесува на семејства со понизок социјален и економски стандард. Патронажната сестра детално да ја објасни потребата од подобрување на чистотата во домот, како и хигиената на членовите на семејството – да се алудира на важноста на миење раце по употреба на тоалетот и пред ракување со храна и пијалаци; доколку во домот има миленици, да не се дозволува контакт



меѓу новороденчето и миленичето, а воедно и да се води сметка да не се допира бебето доколку претходно се допирало домашното милениче без претходно миене со топла вода и сушење на рацете; доколку во семејството има поголемо дете кое посетува градинка или училиште, да не се дозволува контакт со новороденчето без претходно извршена лична тоалета; да не се дозволува бакнување на новороденчето во пределот на лицето поради голем ризик од инфективна моноклеоза (14), дланките или стапала поради ризикот бебето да ја префати заразната болест ставајќи ги истите во уста, итн.

Општите мерки за одржување лична и колективна хигиена и заштита од заразни заболувања вклучуваат (24):

- Одбегнување на можно контаминирани храна и вода;
- Одбегнување на контакт со животински фецес;
- Обезбедување на исправна и питка вода за пиење и лична хигиена;
- Прописно чување, транспортирање и миене на животните намирници пред употреба;
- Правилна диспозиција на човечки секрети;
- Уништување на глувци, муви, тавтабити и други штетници;
- Избегнување на близок контакт со животни кои се бездомници (мачки, кучиња) и др.;
- Едукација на населението за подобрување на личната хигиена и потребата од миене на рацете пред да се манипулира со храната, пред јадење и по користење на тоалет;
- Поставување филтри на места каде се користи водата за пиење во водоснабдителни станици, и каде постои можност за нивна експозиција на фекална контаминација од луѓе и животни;
- Заштита на јавните водоснабдителни објекти од фекална контаминација, со поставување на повеќе заштитни зони;
- Соодветна и правилна диспозиција на фекални и други течни материи според строги санитарни правила;

- По потреба, при несигурни хигиенски услови, задолжително провривање на водата, нејзино третирање со хипохлорит или јод.

Зголемената температура и климатските промени се причина за појава и регистрирање на зголемен интензитет на заболувања кои се пренесуваат преку контаминирана храна. Биолошки опасности за контаминација на храната се живи организми во кои се вклучуваат патогени микроорганизми (бактерии, мувли, вируси), паразити и штетници (птици, муви, глодари, тавтабити, и сл.). Од микроорганизмите најчести се *Salmonella*, *Staphylococcus aureus*, *Clostridium perfringens*, *Clostridium botulinum*, *Shigella*, *Listeria*; видови на родовите: *Bacillus*, *Proteus*, *Staphylococcus*, *Enterococcus faecalis* и др. Труења предизвикани од храна која содржи вируси, се многу ретки, поради тоа што тие не растат во храната. Меѓутоа, вирусите се присутни во живите организми, животните, изметот, водата итн. и се пренесуваат на луѓето. Оттаму и потребата од исклучителна потреба од хигиена и добри хигиенски навики, особено кога во домот има мало дете или новороденче, кое иако не јаде цврста храна, сепак е во постојан контакт со мајката преку доењето и може лесно да се зарази од неа или од друг член на семејството (2).

Стрептококциите претставуваат акутни инфективни бактериски заболувања кои освен во инфектологијата, навлегуваат и во многу други гранки на медицината, и се едни од најчестите заболувања кај доенчиња и мали деца. Имаат полиморфна клиничка манифестација на повеќе органи и ткива во состав на која често доведуваат до компликации. Извор на зараза се болни лица од која било стрептококција, реконвалесценти и носители. Се пренесуваат аерокапковно или со индиректен контакт со контаминирани предмети и храна. Начинот на ширење во човечкиот организам може да биде хематоген, лимфоген или *per continuitatem*. Влезна врата се респираторната, дигестивната и урогениталната слузница или оштетената кожа. Стрептококите ја напаѓаат најчесто младата популација, вклучувајќи ја и неонаталоската. Стрептококциите се манифестираат на кожата, слузниците и внатрешните органи. На кожата се во вид на имретиго, интертриго, флегмона, еризипел, шарлах, целулитис, еритема нодозум, ревматска пурпура, дисеминирана еруптивна пустулоза, ехтима и други, а на респираторниот тракт како тонзилитис, фарингитис, синуситис, мастоидитис, ринитис, бронхитис,

бронхопневмонии и други. Стрептококциите можат да предизвикаат и менингитис, ендокардитис и ревматска треска, на уринарниот тракт: циститис, уретритис, пиелонефритис и гломерулонефритис, на дигестивниот: труења со храна, апандицитис, улцерозен колитис и други. При навлегување на стрептококот во крвта, настанува сепса. Во денешнава ера на антибиотерапија стрептококциите се лесни инфективни заболувања и имаат добра прогноза со ретки компликации, меѓутоа, сепак, неонатолошката популација е со зголемен ризик од истите (19).

Патронажната сестра треба да работи и на подобрување на здравствената и на севкупната социјална кондиција на мајките и децата во смисла на: правилна исхрана и правилно приготвување на храната, здрава животна средина за целото семејство, едукација и здравствено воспитување како и планирање на семејството. Во рамките на домот, важно е да се препознаат и отстранат сите фактори на ризик, на пример – пушење цигари во иста соба каде што престојува детето, односно пушење општо во домот. Воедно, патронажната сестра треба да има големо познавање на општите симптоми и клинички знаци на најчестите инфективни болести и за истите да ги подучи и родителите, со што при појавување на истите, навремено би се реагирало без да ескалира патолошката состојба на новороденчето односно детето. Патронажната сестра треба да ја потенцира важноста на превентивните систематски прегледи на новороденчињата, при што, меѓу другото, освен проверка на здравствената состојба на детето, ќе се следи и неговиот раст и развој.

#### **6.1.1 ЗНАЧЕЊЕТО НА РЕДОВНАТА ИМУНИЗАЦИЈА**

Како исклучително важен дел од работата на патронажната сестра е, меѓу другото, да врши и едукација за имунизацијата, односно редовното примање на вакцини кај децата. Редовната и навремена имунизација е еден од најдобрите методи за спречување на ширење на инфективни болести. Во последно време сè почесто се соочуваме со недоверба и дилеми кај родителите во однос на квалитетот и можните последици од вакцините, па сè повеќе од нив се одлучуваат да не ги вакцинираат своите деца. Со тоа ги изложуваат на поголеми

ризиви, и на полоша клиничка слика во случај на заразување со болеста против која се и одредените вакцини.

Имунопрофилакса се спроведува со вакцини (вакцинација) или со примена на специфични имуноглобулини (серопрофилакса). Вакцинацијата е задолжителна за сите лица од определена возраст против туберкулоза, дифтерија, тетанус, голема кашлица, детска парализа, мали сипаници, црвенка, заушки, хемофилус инфлуенца тип Б (ХИБ), вирусен хепатитис Б, и хуман папилома вирус (ХПВ) (22).

Накратко кажано, вакцинацијата штити од болест, инвалидност и смртност. Таа е една од најисплатливите јавно здравствени мерки. Целта на вакцинацијата е да ја заштити единката и заедницата од заболувања кои можат да се спречат со вакцини. Во светски рамки, околу 10 милиони деца под 5 години умираат годишно. Една четвртина од нив се деца кои умираат од болести кои може да се превенираат со вакцина, а 1,4 милиони деца се под 5 годишна возраст. Токму затоа, една од милениумските цели е намалување на смртноста на децата под петгодишна возраст за две третини до 2020 година (25).

Во Република Северна Македонија, со активна имунизација се започнало кон средината на минатиот век и со текот на времето бројот на болестите кои се превенираат со вакцинација сè повеќе се зголемил. Првата вакцинација во Република Северна Македонија е воведена во 1948 година со воведување на вакцинација против туберкулоза. Нашата Република ги следи препораките на Светската здравствена организација и во последните години вовеле нови вакцини и тоа: вакцина против Хепатитис Б во 2004 година, вакцина против Хемофилус инфлуенца тип Б во 2008 година, како и вакцина против Хуман Папилома Вируси во 2009 година. Опфатот со вакцинација постојано се подобрува, со што нашата држава се вбројува меѓу државите кои имаат висок опфат со имунизација.

Согласно важечкиот календар за имунизација, континуирана задолжителна имунизација се спроведува против следните болести:

- вирусна жолтица Б (Hepatitis B);
- туберкулоза (Tuberculosis);
- заболувања предизвикани од хемофилус инфлуенца тип Б (ХИБ);

- дифтерија (Diphtheria);
- тетанус (tetanus);
- голема кашлица (Pertusis);
- детска парализа (Poliomyelitis acuta);
- мали сипаници (Morbilli), заушки (Parotitis) и црвенка (Rubeola) и
- заболувања предизвикани од хуман папилома вируси (ХПВ) за сите лица на одредена возраст, според каледарот за имунизација и годишната Програма за имунизација.

Вакцинацијата е бесплатна за сите лица од 0-18 години, без разлика на здравственото осигурување. Република Северна Македонија со години наназад има успешен систем за имунизација во државата спроведуван од страна на службите за имунизација во Здравствените домови. Последниот случај на дифтерија е регистриран во 1976 година. Нема податоци за регистрирани случаи на постпородилен тетанус уште од 1993 година. Последниот случај на полиомиелитис е регистриран во 1987 година. Во јуни 2002 година, Република Северна Македонија заедно со останатите држави од европскиот регион доби сертификат како земја ослободена од полио (polio-free country).

За жал, поради неодговорноста на родителите во однос на правото на детето да биде вакцинирано, во 2018 година во Република Северна Македонија изби епидемија на морбили, која што сè уште е во тек, а веќе зема и неколку жртви.

Во периодот од 26.04-02.05.2019, пријавени се вкупно 110 нови случаи на мали сипаници. Од вкупниот број на новопријавени заболени лица, 46 случаи се од Скопје, а останатите 64 се од 8 други градови во Р. С. Македонија – Куманово (25), Струга (10), Тетово (9), Гостивар (8), Кичево (8), Велес (1), Крива Паланка (1), Валандово (1) и Кратово (1). Во тек е епидемија на мали сипаници на цела територија на Република Северна Македонија.

Според место на постојано живеење, случаи на мали сипаници се регистрирани во 21 град од Р. С. Македонија, од нив 797 случаи се од Скопје, Куманово – 134, Тетово – 108, Струга – 71, Кичево – 38, Гостивар – 35, Велес - 26, Гевгелија – 18, Дебар – 17, а во останатите градови се регистрираат по помалку од 10 случаи. Пријавени се 217 деца на возраст под една година каде

што се регистрира стапка на заболување од 928,4 на 100.000 жители. Децата на возраст 1-4 години се регистрираат со 211 случај и втора највисока стапка на заболување од 227,3 на 100.000 жители. Од невакцинираните лица, 217 (16.9 %) се на возраст под 12 месеци и не подлежат на вакцинација, согласно Календарот за имунизација. Од вкупно 211 заболени деца на возраст од 1-4 години, 88,2 % се невакцинирани или со непознат вакцинален статус. Од пријавените случаи, 546 или 42,5 % биле хоспитализирани, а кај 215 (17,4 %) се регистрирани компликации. Од нив, најголем број компликации – 56 или 26 % биле кај деца на возраст под една година, а 43 (20 %) кај деца на возраст од 1-4 години, што укажува дека оваа возрасна група е најзасегната и подложна на компликации.

Во Скопје од почетокот на епидемијата, вкупно се вакцинирани 13.375 деца до 14-годишна возраст. Во останатиот дел од државата, вкупно се вакцинирани 9.555 деца до 14-годишна возраст со прва или втора доза (23). Кога се разгледува состојбата конкретно со оваа вакцина, јасно е местото на патронажната сестра и потребата од нејзина голема стручност и образование на темата, како и трпение за дискусија со родителите на детето. проблемот настанува со оглед на тоа што, на пример, конкретната вакцина се прима на 12-месечна возраст, меѓутоа веќе имаме смртен случај на мало две и пол месечно бебе, токму поради тоа што тие не можат на никој начин да се заштитат. Целта е, преку вакцинирање на поголемите и посилените, да се заштитат помалите и покревките. Ризикот се зголемува особено кај повеќедетни семејства, каде што поголемото дете веќе оди во училиште и се меша со други деца, па многу полесно е да се зарази од одредена инфективна болест која што понатаму ќе ја пренесе на домашните.

#### 6.1.2 ЗНАЧЕЊЕТО НА ДОЕЊЕТО

Кога зборуваме за превенција од инфективни болести, задолжително мора да се спомене и значењето на доењето. Тоа е една од најважните работи во мајчинството. Нема ништо поприродно и попотребно за новороденчето. Во неонаталната возраст, почнувајќи од раѓањето па натаму, дефинитивно доењето и исхраната со мајчино млеко е исхрана од прв избор. Доењето овозможува оптимална исхрана на новороденчето и доенчето, заштита од бројни инфекции, помага во созревањето на гастроинтестиналните функции,

превенира сензибилизација на туѓи белковини, го намалува морталитетот на доенчињата итн. Доењето обезбедува не само храна, туку и чувство на заштита, грижа, љубов, како и социјална стимулација. Млекото на секоја мајка е најпогодно за нејзиното доенче. Мајчиното млеко содржи над 300 различни состојки (13), а една од најважните работи е тоа што неговиот состав се усогласува според потребите на доенчето во фазите на неговиот раст и развој. Мајчиното млеко го подобрува имунитетот на доенчињата, вклучувајќи и заштита од бактерии, вируси и други инфекции кои можат да се најдат во организмот на мајката.

#### Предности на мајчиното млеко:

- Доенчињата кои се хранат со мајчино млеко поретко заболуваат од пролив, инфекции на органите за дишење и варење, отколку тие што се хранат со вештачко млеко (6);
- Млекото на секоја мајка содржи антитела кои го штитат детето од болести на кои мајката била изложена (17);
- Факторите на раст го подобруваат развојот и созревањето на имунолошкиот систем, мозокот, кожата и другите органи (9, 18);
- Ензимите за варење, лактази и липази, ги штитат децата кои се раѓаат со сè уште неизградени или оштетени ензимски системи (10);
- Системот за варење на доенчето побрзо се развива кога тоа се храни со мајчино млеко, затоа што така се спречува контактот со туѓи белковини и се намалува опасноста од алергиски реакции (3);
- Ако на доенчето во првите денови од животот му се даде макар само едно шише вештачко млеко, со тоа се зголемува веројатноста за појава на алергиски болести. Сите видови на овие

млека, вклучувајќи ги и млеката на база на соја, носат ризик од појава на алергија (12, 15).

Доенчињата кои се на мајчино млеко, имаат:

- Пониска стапка на синдром на ненадејна смрт на доенчето (8);
- Понизок ризик од појава на детскиот дијабет, рак и инфекции на увото (16);
- Подобра реакција на вакцините и поголема способност за борба против болести (5);
- Помалку ортодонтски и дентални проблеми (не се јавува пропаѓање на забите поврзано со исхрана на шише) (4);
- Подобар психомоторен, емоционален и социјален развој;
- Повисок степен на интелигенција (11).

Моменталната состојба во Република Северна Македонија е што сè повеќе мајки се одлучуваат да не дојат ексклузивно, односно преминуваат на користење на адаптирано млеко или комбинација на доење со исхрана со адаптирано млеко. Причините понекогаш се здравствени, меѓутоа, во поголем процент се работи за недоволна едукација од страна на здравствениот персонал како да се преброди тешкиот почетен период, кога и бебето и мајката се учат на правилно доење, односно цицање. Патронажната сестра треба трпеливо и детално да се посвети на овој проблем.

Според истражување извршено од страна на World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi), и најновата анкета извршена од УНИЦЕФ, само 23 % од новороденчињата во периодот од 2016-2017 година биле ексклузивно доени до навршени шест месеци возраст. Воедно, се забележала и разлика во однос на полот (31,1 % од нив се од машки пол, а 16,1 % се од женски пол) и местото на живеење (рурални/градски населени места). Напоменето е дека Република Северна Македонија сè уште нема утврден начин за собирање на ваков тип податоци. Замерки се поставени и во однос на одложеното започнување со доење, кое што би требало да биде воспоставено уште во првиот час од породувањето, а во нашата држава најчесто е 24 часа по породувањето, како и



во однос на просечното времетраење на доењето кое изнесува 12,1 месец, а препорачано е да биде 24 месеци (20).

Бремената жена треба да добие поддршка и помош од здравствените работници, семејството и општеството, за да може успешно да дои. За таа цел, треба да се подигне и јавната свест за значењето на доењето. Досегашните истражувања покажуваат дека бебињата кои се хранети исклучително со мајчино млеко во текот на првите шест месеци (во согласност со најновите препораки на педијатрите), имаат хармоничен психички и физички раст и развој. Здравствените работници можат да им помогнат на мајките да го разберат исклучителното значење на доењето во текот на првите шест месеци, да знаат како и колку често да го дојат своето новородено. Сигурно дека раѓањето на детето е ново доживување. Постојат многу спротивни чувства и стравови дали на вистински начин ќе се одговори на барањата на детето. Неопходно е на секоја мајка, особено ако е прворотка, да ѝ се овозможи постојана помош и поддршка од најблиските членови на семејството, за да може да се одмори, да биде ослободена од стресови, да се намали ризикот од постпарталната депресија и од другите несакани последици на хормоналните промени во нејзиниот организам (периоди на меланхолија, депресија и психичка нестабилност). Мајката во овој период е многу чувствителна, изразена е несигурност во сопствената способност и недоверба во своите можности. Од првото вдишување и плачот, па до првите самостојни чекори, ќе помине период од речиси цела година. Во таа прва година доенчето ќе ја зголеми својата родилна тежина за три пати, а во должина ќе порасне околу 25 см. Сите мајки, освен ретките исклучоци, се во состојба со млекото да го исхранат своето новородено дете и доенче. Дури и мајката на близнаци може да има доволно млеко за уреден раст и развој во првата година. Импулс за создавање на поголема количина млеко е празната града.

## 6.2 СТАТИСТИЧКИ ПОДАТОЦИ ОД ИЗВРШЕНАТА АНКЕТА

Анкетниот прашалник беше пополнет од 1708 испитанички, кај кои можеше да се забележи нормална дистрибуција според возраста со централна точка во опсегот 30-34 години. Согласно степенот на образование, најголемиот

дел 65,6 % се со високо образование, а 30,1 % со средно образование. Од аспект на националност, доминантен дел од испитаниците беше од македонска националност најверојатно заради карактерот на социјалните групи каде што беше споделен анкетниот прашалник (поголемиот дел од корисничките е од македонска националност), како и поради ограниченоста на анкетниот прашалник, односно јазичната бариера (прашалникот беше напишан на македонски јазик), и др.

Анкетниот прашалник беше составен на начин што во истиот имаше прашања за евалуација на патронажната посета (прашање 13-15 и 19), каде одговорите беа нумерички вредности од континуиран карактер (1-5). Согласно направената анализа на главни компоненти на одговорите од наведените прашања, беше заклучено дека сите имаат еднаков удел во објаснување на севкупната варијабилност во моделот и дека најверојатно постои корелација меѓу нив. Поврзаноста помеѓу одговорите на горенаведените прашања се потврди и со направената Пирсонова корелација. Согласно наведените резултати беше одлучено да се направи стратификација на испитаничките според нивните одговори на прашања 13-15 и 19, при што истите беа поделени на задоволни, незадоволни и делумни задоволни. Со поделбата на испитаничките во три групи или кластери, зависно од нивното задоволство, односно незадоволство во однос на посетите и комуникацијата со патронажната сестра, се дојде до интересни заклучоци. Имено, поделбата на три групи на задоволни, незадоволни и делумно задоволни испитанички дозволи подетална анализа на податоците, односно подетална анализа на причините на (не)задоволството.

Она што беше навистина изненадувачко е што има доволен процент на испитанички за да биде релевантен, што воопшто не биле посетени од страна на патронажна сестра. Иако оставиле контакт број во родилиштето, не биле воопшто исконтактирани ниту посетени. Потоа, голем проблем е што патронажната сестра во одредените посети кои ги извршила кај одреден број испитаници, дала многу површно и кусо објаснување за сите проблеми околу грижата за новороденчето. Групата на испитанички кои беа класифицирани како незадоволни од односот на патронажната сестра, исто така, во голем број одговориле дека на почетокот имале проблеми со доењето и не ја добиле

потребната помош и совети од страна на патронажната сестра. Што се однесува на прашањето од каде ги добиваат информациите околу вакцинациите, кај групата на незадоволни испитанички помал е процентот на оние кои се потпираат на медицинскиот персонал. Може да се заклучи дека тоа е последица на општото незадоволство од патронажната сестра, па со тоа и недоверба општо кон целиот здравствен персонал.

Генерално, може да се заклучи дека незадоволството кај испитаничките се должи на непостоечките или кратки посети од страна на патронажната сестра. Потоа, кај оние кај кои што дошла сестрата, посетите биле кратки и брзи, сестрата не покажала интерес ни за мајката ни за новороденчето, влегла со обувки во соба каде што спие бебето, не ја едуцирала мајката за правилното доење, ниту пак извршила следни посети да ја провери состојбата.

За жал, добиваме слика дека едно е она што го препорачува Програмата за мајки и деца која секоја година се издава со нови совети и патокази и според која се определени и посетите од страна на патронажната сестра, а друга е реалноста и она што навистина се случува на тлото на Република Северна Македонија.

Потребно е да се спроведат поригорозни и почести контроли на патронажната служба, да се вработат нови и поедуцирани медицински сестри кои освен образованието ќе се карактеризираат и со трпеливост и желба за конкретната работа, да се води подетална статистика за посетите со образложение за нивниот број, да се едуцира персоналот за правилно доење и начин на пристап кон мајката и детето, односно секој вработен да има едукација за однос со оваа конкретна група на популација, да се извршуваат превентивните посети на 4, 7 и 12 месеци и при тоа да се едуцира популацијата за важноста на вакцините со поткрепени и медицински оправдани факти.

Во однос на секое прашање, посебно и по извршување на една подетална анализа, се дојде до следниот заклучок.

На прашањето дали родилката имала тешкотии при породувањето, немаме некоја значителна разлика во одговорите во однос на задоволните, односно незадоволните испитаници. Статистички, одговорите се генерално подеднакви, без разлика на кластерите, со што може да се утврди дека процесот

на породување не влијаел на задоволството, односно незадоволството на испитаниците во однос на патронажната служба. Истото се однесува и на прашањето дали поради одредени проблеми родилката била дополнително задржана во болница.

Статистичка разлика согледуваме на прашањето дали родилката го доела своето дете, каде што процентуално се согледува поголема разлика во однос на одговорите од страна на различните кластери. Односно, незадоволните, во поголем процент одговориле дека не го доеле своето новороденче. Причините може да се повеќебројни, меѓутоа во споредба со одговорите на другите прашања можеме да дојдеме до заклучок дека ова се должи до одреден степен и на лошото или отсутно објаснување од страна на патронажната сестра при посетите кај леунката, во однос на доењето, правилните позиции и слични тешкотии.

Исто така, поголем е процентот на незадоволни испитанички кога го разгледуваме одговорот на прашањето дали имале проблем со воспоставување на лактација, односно оние анкетирани родилки кои одговориле дека имале посериозни проблеми со истото, генерално се изјасниле во поголем процент како незадоволни од патронажната служба. Што значи, сепак се работи за одреден пропуст во посетите извршени од страна на патронажната сестра во смисла на несогледување на проблемите кај леунката и ненавремено делување, како и можно неправилно доење на новороденчето што може да создаде дополнителни проблеми со дојките на мајката.

На прашањето дали испитаничките биле посетени од страна на патронажна сестра во првата недела од излегување од болница, оние кои што не биле посетени се изјасниле како незадоволни. Ова е директно поврзано со незадоволството од неажурноста на службата во моменти кога леунката има најголема потреба од совети и нега околу доенчето.

На прашањето дали доколку имале проблеми со доењето, во надминување на истите помогнала патронажната сестра, тие кои што се изјасниле како незадоволни и делумно задоволни од патронажната служба, во најголем процент одговориле дека успеале во одржување на лактацијата, но во

тоа не биле помогнати од страна на сестрата. Ова е уште еден удар кон недоволната ангажираност, едуцираност и посветеност на сестрата.

На прашањето дали патронажната сестра ги едуцирала за неа и хигиена на раните и папочето на новороденчето, најголем дел од испитаничките кои се изјасниле како делумно задоволни се пожалиле на кусото објаснување од сестрата кое иако го имало, сепак не било доволно за разјаснување на нивните дилеми, додека оние кои се изјасниле како незадоволни, во најголем процент воопшто не биле советувани и едуцирани на оваа тема.

На прашањето дали испитаничката била повторно посетена од страна на патронажната сестра, односно посетена повеќе од два пати, не се согледа значителна разлика во однос на различните кластери задоволни/незадоволни/делумно задоволни, односно речиси сите испитанички одговориле дека не биле посетени повеќе од два пати, што не е во ред и токму спротивното е утврдено во програмата за заштита на мајки и деца и истата очигледно не се извршува на терен.

На прашањето дали сметате дека посетите треба да се почести, одговорите на сите испитанички од сите кластери е – да, односно родилките, без разлика дали биле или не биле задоволни од посетите, сепак сметаат дека посетите треба да се почести и дека две посети не се доволни.

Во однос на прашањето од каде испитаничката ги добива информациите околу вакцините, се согледува голема разлика во одговорите на оние кои се изјасниле како незадоволни или делумно незадоволни. Соодносот помеѓу понудените одговори е значително променет и може да се согледа дека родилките од овие два кластери значително се потпираат на информации од Интернет или искуства на познаници, наместо да се консултираат со медицински персонал. Може да се заклучи дека самото незадоволство од патронажната посета или недоволната професионална подготвеност на патронажната сестра делува индиректно и на развивање на недоверба кон медицинскиот персонал.

На прашањето дали патронажната сестра при своите посети ѝ помогнала на испитаничката во разјаснување на дилемите и стравовите околу имунизацијата, поделбата по кластери дава речиси идентични одговори, односно и тие кои се изјасниле како задоволни, но и тие кои се изјасниле како

незадоволни или делумно задоволни, сметаат дека патронажната служба треба да посвети поголемо внимание на ова прашање. Ова секако би било возможно доколку родилките се посетувани повеќе од два пати од страна на патронажната служба, што видовме дека не е случај според одговорите на анкетираниите лица, бидејќи во првите посети секако има поважни прашања кои треба да се решат, односно состојби и ситуации кои треба да бидат адресирани како негата на новороденчето или доењето. При наредни посети, кои би биле повеќе за проверка на состојбата, патронажната сестра би можела да посвети поголемо внимание на едукација за навремената имунизација и важноста од истото.

---

## 7 ЗАКЛУЧОК

---

Од добиените резултати при статистичката анализа на податоците од ДЗС може да се забележи дека во анализираниот период умреле 713 (55.8 %) доенчиња на возраст од 0-6 дена, при што како причина за смрт на 92 % од оваа популација на доенчиња е наведена „Одредени состојби што настануваат во перинаталниот период“. Од наведената причина, во испитуваниот период (2013-17) умреле 861 (66.9 % од вкупната популација во испитуваната група) доенче, од кои 96.8 % биле на возраст до 27 дена. Конгениталните малформации, застапени со три дијагнози, а најчести во однос на нервниот и циркулаторниот систем на новороденчето, се јавуваат како причина за 172 смртни случаи (13,36 %) и истите, независно од возраста на доенчето не можат да се превенираат со патронажни посети. Инфективните болести, застапени како одредени инфективни заболувања, болести на респираторниот систем и пневмонија, се причина за смрт на вкупно 110 деца (8.54 %) во испитуваниот период. Карактеристично за оваа подгрупа е тоа што само 1 случај (0.9 %) бил регистриран како смртен случај на доенче помладо од 28 дена, што наведува на заклучок дека голем дел од оваа популација инфекциите ги стекнуваат по напуштањето на родилиштата. Патронажната посета на новороденчињата по напуштањето на родилиштата, може во голема мера да придонесе кон превенцијата, раното дијагностицирање и почеток на терапија на инфективни болести.(31)

Може да се заклучи дека патронажната сестра најмногу и најефективно може да делува при превенција и рана детекција на заболувањата од инфективен карактер. Најголемо внимание треба да се посвети на проверка на домот на детето, односно на обезбедување на оптимални услови за растење и живот, како и исклучително високо ниво на хигиена, елементи кои имаат голем удел во одржувањето на здравјето на детето, особено на новороденчето. Потоа, секако, важна е и едукацијата од страна на сестрата за препознавање на симптомите на најчестите инфективни болести и обучување на родителите за правилно делување и реагирање при појава на истите сè со цел да се спречи влошување на состојбата. Патронажната сестра мора да ја едуцира мајката за

ексклузивното доење и начините и методите на доење, односно да го промовира ексклузивното доење, поради тоа што освен што истото е најдобрата можна храна за доенчето, мајчиното млеко докажано го намалува ризикот од инфективни болести како и други патолошки здравствени состојби. Во следните посети од страна на патронажната служба, кои моментално се отсутни, исклучително важно е да се гарантира нивното исполнување, треба да се обрне и големо внимание на укажување на важноста на навремената вакцинација, односно имунизација на детето, која директно делува врз намалување на ризикот од заболување од одредени инфективни болести кои, за жал, поради одлуката на сè поголем број родители да не го вакцинираат своето дете, повторно се појавуваат на територијата на Република Северна Македонија.

Од анализата на анкетниот прашалник, беше заклучено дека, иако поголемиот дел од испитаничките беа задоволни од услугите од патронажната служба, сепак има релевантно голем процент од истите кои или не биле воопшто посетени од патронажна сестра или се незадоволни од нејзиниот однос или стручност. Најголемите забелешки на оние кои биле посетени, а се изјасниле како незадоволни, се во однос на краткиот престој при патронажната посета, незаинтересираноста на патронажната сестра, површното објаснување околу негата и хигиената на мајката и бебето, краткото и непрактично објаснување за методите на доење, лошиот однос кон родителите. Со оглед на тоа дека ретко се извршиле следни посети на мајката и бебето, кои инаку според Програмата за мајки и деца треба да бидат минимум три – на 4 , 7 и 12- месечна возраст, сестрата воопшто не ја започнала темата на имунизација и сите испитанички, вклучително и тие кои се изјасниле како задоволни и тие кои се изјасниле како незадоволни, одговориле дека би сакале да добијат поголемо објаснување на оваа тема од патронажната сестра и да разјаснат одредени дилеми преку дискусија со неа. Овие проблеми се реално решливи и тоа со поголем и поригорозен мониторинг на работата на патронажните сестри. Истите треба да пополнуваат детална документација за состојбата на секоја мајка и бебе посебно. Воедно, потребно е и психолошко тестирање на сестрите пред вработување на работното место – патронажна сестра, како и обуки на веќе вработените за подобрување на односот кон пациентот и подобрување на комуникациските способности. Патронажната сестра треба да има исклучително



високо образование за симптомите на најчестите инфективни болести, сè со цел да може навремено да ги препознае, а воедно и да ги едуцира родителите за истите, со што би можело целосно да биде превенирано нивното појавување. Едукацијата на родителите за важноста на вакцините треба да биде задолжителен дел од посетите на патронажната служба, а практичното учење за методите и техниките на доење да се извршува детално и со последователно испрашување на мајката и повторување на материјалот. Патронажната сестра треба да влее доверба и чувство на безбедност кај мајката, и на база на тој однос да се развива секоја следна комуникација.

---

## 8 ДОДАТОК

---

### 8.1 АНКЕТА: УЛОГАТА НА ПАТРОНАЖНАТА СЕСТРА ВО ПОСТПОРОДИЛНИОТ ПЕРИОД

Анкетата е наменета за сите жени кои имаат едно или повеќе деца, а се врши со цел да помогне во изработка на специјалистички труд за анализа на улогата на патронажната сестра во превенција и рана детекција на болести кај деца до 12 месеци.

1. Возраст:

- Под 15 години
- 15-19 години
- 20-24 години
- 25-29 години
- 30-34 години
- 35-39 години
- 40-44 години
- 45-49 години
- 50 години и повеќе

2. Националност:

- Македонка
- Албанка
- Ромка
- Србинка
- Друго

3. Степен на образование:

- Без образование
- Основно образование
- Средно образование
- Вишо образование

- Високо образование
4. Место на живеење (описен одговор)
  5. Број на деца:
    - Едно
    - Две
    - Три и повеќе
  6. Година на последното породување:
    - 2019 година
    - 2018 година
    - 2017 година
    - 2016 година
    - 2015 година
    - 2014 година
    - 2013 година
    - Пред 2013 година
  7. Дали имавте тешкотии со породувањето?
    - Не, породувањето помина нормално
    - Да, имав тешко и долго природно породување
    - Поради проблеми мораше да се изврши итен царски рез
    - Имав претходно закажан термин за царски рез
  8. Дали поради одредени проблеми Ве задржаа подолго во болница по породувањето?
    - Не
    - Да, поради компликации со моето здравје
    - Да, поради компликации со здравјето на моето бебе
  9. Дали го доевте своето новороденче?
    - Да
    - Не
    - Почнав со доење, но поради проблеми/личен избор продолжив со исхрана со адаптирано млеко

10. Доколку доевте, дали имавте проблем со воспоставување на лактација?

- Не
- Да, меѓутоа ништо сериозно
- Да, имав посериозни проблеми (маститис, запушување на млечни канали, покачена телесна температура и сл.)

11. Дали Ве посети патронажна сестра во првата недела по излегувањето од болница?

- Да
- Не

12. Дали, доколку имавте проблеми со воспоставување на лактацијата, успеавте да ја одржите со помош на советите од патронажната сестра?

- Да
- Не, продолжив со адаптирано млеко
- Успеав да продолжам со доење, ама во тоа не ми помогна патронажната сестра
- Немав проблеми со доењето
- Воопшто не бев посетена од патронажна сестра

13. Дали при првата посета патронажната сестра Ви посвети внимание Вам и на Вашето бебе? (одговор со заокружување на скалило)

Не, воопшто 1 2 3 4 5 Да, многу

14. Дали сте задоволни од односот на патронажната сестра? (одговор со заокружување на скалило)

Не, воопшто 1 2 3 4 5 Да, многу

15. Дали сте задоволни од степенот и квалитетот на знаењето на патронажната сестра? (одговор со заокружување на скалило)

Не, воопшто 1 2 3 4 5 Да, многу

16. Дали патронажната сестра Ве едуцираше за начинот за одржување на хигиена на раните и папчето на новороденчето?

- Да, детално ми објасни за сè
- Да, накусо ми објасни
- Не
- Воопшто не бев посетена од патронажна сестра

17. Дали патронажната сестра Ве посети повеќе од два пати?

- Да, по мое барање
- Да, поради одредени болести/проблеми на новороденчето
- Да, поради компликации на мојата здравствена состојба
- Да, поради проблеми со лактацијата
- Не
- Да

18. Дали сметате дека посетите од страна на патронажната сестра треба да се почести?

- Да
- Не

19. Како би ја оцениле комуникацијата со Вашата патронажна сестра? (одговор со заокружување на скалило)

Лоша, сестрата беше отсутна и незаинтересирана 1 2 3 4 5 Одлична,  
сестрата беше расположена за совети и дискусии

20. Дали го вакцинирате Вашето дете?

- Да
- Не

21. Од каде ги добивате информациите поврзани со вакцините и нивното дејство?

- Медицински персонал
- Интернет
- Од искуства на познаници или роднини
- Медицински книги и/или списанија
- Друг извор

22. Дали патронажната сестра Ви помогна во разјаснување на дилемите и стравовите околу вакцинациите?

- Да, ме информираше за значењето и важноста на навремената имунизација на моето дете
- Да, меѓутоа имам свој став околу ова прашање и не ги прифатив нејзините совети
- Не, би сакала патронажните сестри да обратат поголемо внимание на ова прашање
- Воопшто не бев посетена од патронажна сестра

23. Дали имате какви било забелешки и критики во однос на патронажната служба? (описен одговор)

## 9 КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

1. *A Review of Progress in Maternal Health in Eastern Europe and Central Asia*. (n.d.). Retrieved from [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/maternal\\_health.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/maternal_health.pdf);
2. Benenson AS. (1995). *Control of communicable disease manual*. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/12309760>;
3. Bridgman, S. L., Konya, T., Azad, M. B., Sears, M. R., Becker, A. B., Turvey, S. E., ... Kozyrskyj, A. L. (2016). Infant gut immunity: a preliminary study of IgA associations with breastfeeding. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, 7(1), 68–72. <https://doi.org/10.1017/S2040174415007862>;
4. Briggs, J. (2006). Early childhood pacifier use in relation to breastfeeding, SIDS, infection and dental malocclusion. *Nursing Standard*, 20(38), 52–56. Retrieved from <https://go.galegroup.com/ps/anonymouse?id=GALE%7CA147389823&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=00296570&p=AONE&sw=w>;
5. Dòrea, J. G. (2009). Breastfeeding is an essential complement to vaccination. *Acta Paediatrica*, 98(8), 1244–1250. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01345.x>;
6. Duijts, L., Ramadhani, M. K., & Moll, H. A. (2009, July). Breastfeeding protects against infectious diseases during infancy in industrialized countries. A systematic review. *Maternal and Child Nutrition*, Vol. 5, pp. 199–210. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2008.00176.x>;
7. *European strategic approach for making pregnancy safer: Improving maternal and perinatal health* (2008). Retrieved from <http://www.euro.who.int/pubrequest>;
8. FORD, R. P. K., TAYLOR, B. J., MITCHELL, E. A., ENRIGHT, S. A., STEWART, A. W., BECROFT, D. M. O., ... ROBERTS, A. P. (1993). Breastfeeding and the Risk of Sudden Infant Death Syndrome. *International Journal of Epidemiology*, 22(5), 885–890. <https://doi.org/10.1093/ije/22.5.885>;
9. Hamosh, Margit (2001). Bioactive Factors in Human Milk. *Pediatric Clinics of North America*, 48(1), 69–86. [https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(05\)70286-8](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(05)70286-8);
10. Hamosh, Margrit, Peterson, J. A., Henderson, T. R., Scallan, C. D., Kiwan, R., Ceriani, R. L., ... Hamosh, P. (1999). Protective function of human milk: The milk fat globule. *Seminars in Perinatology*, 23(3), 242–249. [https://doi.org/10.1016/S0146-0005\(99\)80069-X](https://doi.org/10.1016/S0146-0005(99)80069-X);
11. Kramer, M. S., Aboud, F., Mironova, E., Vanilovich, I., Platt, R. W., Matush, L., ... Shapiro, S. (2008). Breastfeeding and Child Cognitive Development. *Archives of General Psychiatry*, 65(5), 578. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.5.578>;
12. Osborn, D., & Sinn, J. (2004). Soy formula for prevention of allergy and food intolerance in infants. In J. Sinn (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003741.pub2>;
13. Petherick, A. (2010). Development: Mother's milk: A rich opportunity. *Nature*, 468(7327), S5–S7. <https://doi.org/10.1038/468S5a>;
14. PharmaNEWS (n.d.). Инфективна мононуклеоза (болест на прв бакнеж). Retrieved June 4, 2019, from <http://pharmanews.mk/infektivna-mononukleoza-bolest-na-prv-baknez-h-svetlana-smugreska/>;
15. Saarinen, K. M., Juntunen-Backman, K., Järvenpää, A.-L., Kuitunen, P., Lope, L., Renlund, M., ... Savilahti, E. (1999). Supplementary feeding in maternity hospitals and the risk of cow's milk allergy: A prospective study of 6209 infants. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 104(2), 457–461. [https://doi.org/10.1016/S0091-6749\(99\)70393-3](https://doi.org/10.1016/S0091-6749(99)70393-3);
16. Sadauskaitė-Kuehne, V., Ludvigsson, J., Padaiga, Ž., Jašinskienė, E., & Samuelsson, U. (2004). Longer breastfeeding is an independent protective factor against development of type 1 diabetes mellitus in childhood. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 20(2), 150–157.

- <https://doi.org/10.1002/dmrr.425>;
17. Van de Perre, P. (2003). Transfer of antibody via mother's milk. *Vaccine*, 21(24), 3374–3376. [https://doi.org/10.1016/S0264-410X\(03\)00336-0](https://doi.org/10.1016/S0264-410X(03)00336-0);
  18. Walker, A. (2010). Breast Milk as the Gold Standard for Protective Nutrients. *The Journal of Pediatrics*, 156(2), S3–S7. <https://doi.org/10.1016/J.JPEDI.2009.11.021>;
  19. Walker, M. J., Barnett, T. C., McArthur, J. D., Cole, J. N., Gillen, C. M., Henningham, A., ... Nizet, V. (2014). Disease Manifestations and Pathogenic Mechanisms of Group A Streptococcus. *Clinical Microbiology Reviews*, 27(2), 264–301. <https://doi.org/10.1128/CMR.00101-13>;
  20. World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi) *The State of Infant and Young Child Feeding (IYCF) Policies and Programmes (Indicator 1-10)*. (n.d.). Retrieved from [www.worldbreastfeedingtrends.org](http://www.worldbreastfeedingtrends.org);
  21. Завод за здравствена заштита на мајки и деца. Информација: Здравјето на мајките и децата во Република Македонија во 2012 година, Скопје 2013;
  22. Закон за заштита на населението од заразни болести - Редакциски пречистен текст (2016). (бр. 37/16). Retrieved from <http://zdravstvo.gov.mk/wp-content/uploads/2018/01/ZAKON-ZA-ZASHTITA-NA-NASELENIETO-OD-ZARAZNI-BOLESTI-zakлучno-so-br.-37-od-2016.pdf>;
  23. Институт за јавно здравје на Република Северна Македонија (n.d.). Информација за состојбата со мали сипаници во Република Северна Македонија во 2018-2019 година, 02.05.2019 | Институт за јавно здравје. Retrieved June 4, 2019, from Сектор за контрола и превенција на заразни болести website: <http://www.iph.mk/и-н-ф-о-р-м-а-ц-и-ја-за-состојбата-со-мали-с-4/>;
  24. Кендровски Владимир, Караџовски Жарко, Миленковиќ Звонко, К. Ј. (2011). *Поврзаност на климатските промени и инфективните заболувања : прирачник за здравствени работници*. Retrieved from <http://healthrights.mk/pdf/Zdravstveni%2520Rabotnici/Publikacii/Zivotna%2520sredina%2520i%2520zdravje/%25D0%259F%25D0%25BE%25D0%25B2%25D1%2580%25D0%25B7%25D0%25B0%25D0%25BD%25D0%25BE%25D1%2581%25D1%2582%2520%25D0%25BD%25D0%25B0%2520%25D0%25BA%25D0%25BB%25>;
  25. Костовска, Ј. (n.d.). *Вакцинација во Република Македонија*. Retrieved from <http://zdravstvo.gov.mk/wp-content/uploads/2018/04/prezentacija-za-vakcini.pdf>;
  26. Министерство за здравство на РМ, Информација за тековни активности за проширување на обемот и видот на услугите на поливалентната патронажна служба во Република Македонија, 2011;
  27. Меѓународна статистичка класификација на болести и поврзани здравствени проблеми, десетта ревизија, австралиска модификација (n.d.). Retrieved from <http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/MKB100.pdf>;
  28. Младеновиќ, Б. (2019). *Здравствена заштита за репродуктивното здравје во Република Македонија: анализа на состојбите со осврт кон човечките ресурси во здравството*. Retrieved from <http://hera.org.mk>;
  29. Павловски, Б. (2010). Достапност до контрацепција и достапност и задоволство од здравствените услуги поврзани со репродуктивното здравје на жените во Република Македонија. In *Ревизија за Социјална Политика* (Vol. 3). Retrieved from <http://dl.fzf.ukim.edu.mk/index.php/rsp/article/view/675>;
  30. Програма за активна здравствена заштита на мајките и децата во РМ во 2009 година, С.В. 3/2009, стр. 4, 5, 6;
  31. Програма за активна заштита на мајките и децата во Република Македонија за 2014 година (n.d.). Retrieved from <http://oit.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/100769/120992/F-1572349279/112.pdf>;
  32. Правилник за изменување на Правилникот за критериумите за утврдување на организационите единици за јавните здравствени установи кои не можат да се



- издаваат под закуп, Службен весник на РМ бр. 04/2007, Министерство за здравство на Република Македонија;*
33. *СЛУЖБЕН ВЕСНИК на СФРЈ бр. 10/83.* (n.d.). Retrieved from <http://www.slvesnik.com.mk/Issues/4FB705852FE446BD8BF919D19D702402.pdf>;
  34. *СЛУЖБЕН ВЕСНИК на СФРЈ бр. 11/85.* (n.d.). Retrieved from <http://www.slvesnik.com.mk/Issues/4CD0F8F2F4834D2D824F36AB58ED4DFB.pdf>;
  35. *СЛУЖБЕН ВЕСНИК на СФРЈ бр. 77/88.* (n.d.). Retrieved from <http://www.slvesnik.com.mk/Issues/4FEA966E1A74414BB7D3B02EFFF1AAFC.pdf>;
  36. *Стратегија за безбедно мајчинство на Република Македонија за период 2010 – 2015 година со акционен план (2010).* Retrieved from <http://zdravstvo.gov.mk/wp-content/uploads/2012/12/strategija-bezbedno-majcinstvo.pdf>;
  37. Түлевска, Е., & Димковски, В. (2018). *Годишен Извештај за 2017 година на Фонд за здравствено осигурување на Македонија.* Retrieved from [www.fzo.org.mk](http://www.fzo.org.mk);
  38. *Шести извештај за имплементацијата на Европската социјална повелба за референтен период од 2008-2011, за членовите 11, 12, 13* (n.d.). Retrieved from <http://www.mtsp.gov.mk/WBStorage/Files/sesti.pdf>.